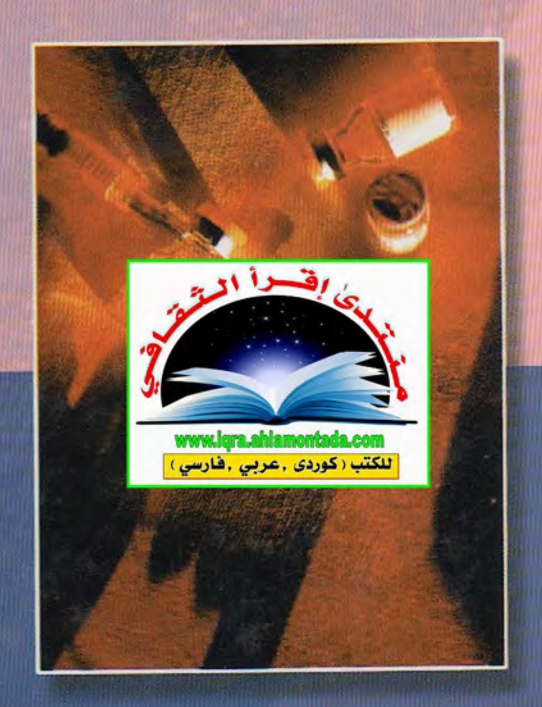
الموسوعة الطبية

موسوعة الطب النفسي

إعداد

د. عبد الكريم الحجاوي





موسـوعـة الطب النفسـي

تأليف

د. عبد الكريم الحجاوي

دار أسامة للنشر والتوزيع

عمان - الأردن

الناشر

دار أسامة للنشر و التوزيع

الأردن – عمان

هاتف : ٥٦٥٨٣٥٣ – فاكس : ٥٦٥٨٣٥٤ – تلفاكس : ٤٦٤٧٤٤٧

ص. ب : ١٤١٧٨١

الطبعة الأولى

٢٠٠٤م

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

(٩٣٨ / ٤/ ٢٠٠٤)

٦١٠,٠٣

الموسوعة الطبية/ جمع وإعداد إسماعيل الحسيني

.– عمان: دار أسامة للنشر، ٢٠٠٤.

(   ) ص .

ر.إ :٩٣٨/٤/٢٠٠٤.

الواصفات :/الطب// الطب الجراحي// الأمراض/

/الموسوعات/

تم إعداد بيانات الفهرسة و التصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

المقدمة

الطب النفسي فرع هام من فروع الطب، وقد كان هذا الطب غير معروف بصورته الحالية وذلك نظراً للدراسات والأبحاث العلمية والنفسية التي ظهرت حديثاً واثبتت بأن المرض النفسي هو من أخطر الأمراض التي قد يعجز الطب في بعض الأحيان في علاج المريض النفسي إذا كان مرضه مستعصياً، والشفاء فيه يحتاج من الطبيب النفسي الوقت والجهد.

ومن هنا حظي الطب النفسي في هذا العصر وذلك نظراً للضغوطات النفسية التي يتعرض لها البشر إلى اهتمام أساتذة الجامعات النفسيين والباحثين في هذا العلم. وقد توصلوا إلى ملاحظة هامة مفادها أن علاج المريض نفسياً في بادئ الأمر، هو الطريقة الأولى للعلاج من أمراض قد تكون عضوية.

ولهذه الأسباب انتشرت العيادات الطبية النفسية في العالم وكثرت المصحات النفسية وخاصة في الدول الحديثة المتمدينة في أوروبا وأمريكيا وغيرها من دول العالم المتقدم طبياً وعلمياً، حتى في دول العالم الثالث بدأنا نرى عيادات لأطباء في علم النفس مشرعة أبوابها وبدأ كثير من الناس يلجأون إلى هذه العيادات النفسية، علماً بأن مثل هذه الأماكن كانت منذ فترة بسيطة لا يلجأ إليها إلا عدد قليل من المرضى النفسانيين، بسبب أن هناك فكرة في رؤوس الناس وهي أن اللجوء إلى مثل هذه العيادات عيب وهو دليل على أن هذا الشخص مريض عقلياً أو مصاب بمس من الجنون.

ولذلك كله كانت فكرة هذه الموسوعة التي رأينا فيها وفي مضمونها وأبوابها وفصولها، جانباً ثرّاً من المعلومات التي قد يلجأ لها المريض وغيره ليجد فيها ضالته من العلاج.

كما أنها تعد مرجعاً هاماً لكل الباحثين والدارسين وطلاب العلم في هذا المجال من العلوم النفسية.

وقد ناقشنا في هذه الموسوعة "الصحة النفسية والمرض النفسي"، والجهاز العصبي والهرموني، وتحدثنا عن شخصية الفرد ثم وقفنا عند الأمراض النفسية وطرق علاجها، ثم صنفنا تلك الأمراض، وكذلك الإضطرابات بأنواعها ضلالية ووجدانية وجسدية وانشقاقية وطبية وغيرهما من الاضطرابات.

نسأل الله أن نكون قد وفقنا في عملنا هذا، والله من وراء القصد.

المؤلف



الفصل الأول
الصحة النفسية والمرض النفسي

الصحة النفسية والمرض النفسي

لقد اختلف العلماء في تعريف الصحة النفسية، فرأى بعضهم أن المرض النفسي هو نقيض للصحة النفسية، فمن اعتبر منهم أن المرض النفسي هو عدم توافق الفرد مع المجتمع رأى أن الصحة النفسية هي توافق الفرد مع المجتمع وعدم الشذوذ عنه، وبهذا التعريف يكون الأنبياء والمصلحون فاقدي الصحة النفسية، وهذا يخالف الواقع التاريخي، لذلك كان هذا التعريف قاصراً، ومن اعتبر منهم أن المرض النفسي هو عدم التوافق الداخلي بين مكونات النفس (من جزء فطري هو الغرائز "الهو") وجزء مكتسب من البيئة الخارجية وهو (الأنا الأعلى) رأى أن الصحة النفسية هي التوافق الداخلي بين مكونات النفس،ولهذا التعريف أصول إسلامية، حيث إن النفس الأمّارة بالسوء تقابلها الغرائز والنفس اللوّامة تقابلها الأنا الأعلى، وتتحقق الطمأنينة النفسية للإنسان عندما يتحقق التوازن والتوافق بين النفس الأمّارة بالسوء والنفس اللوّامة.

ومنهم من اعتبر أن المرض النفسي هو عدم تطور الفرد بما يتناسب مع مرحلة النمو، فحين يتمسك البالغ بسلوكيات الطفولة فإنه يعتبر مريضاً نفسياً، وبعد ذلك رأوا أن الصحة النفسية هي مقدرة الإنسان على التطور، وهناك من اعتبر أن المرض النفسي هو اختلال يحدث في أحوال النفس، وهي مرحلة الأبوة (Parental ego State)، ومرحلة الطفولة (Child ego State)، ومرحلة البلوغ (Adult ego State)، فعرّف الصحة النفسية على أنها توافق أحوال النفس الثلاث، أما (فرويد) فقد رأى أن المرض النفسي هو كراهية النفسوالآخرين، والعجزعن الإنجاز والركود؛ رغبة في الوصول إلى الموت، ورأى أن الصحة النفسية هي المقدرة على الحب والعمل،أي حب الفرد لنفسه وللآخرين على أن يعمل عملاً بنّاءً يستمد منه البقاء لنفسه وللآخرين.

إن التوافق بين مكونات النفس يعطي الإنسان شعوراً بالطمأنينة،والحب للنفس وللآخرين،وهذا الشعور يجعله قادراً على الإنجاز العملي بدون خوف أو يأس، ويعطيه

القدرة على التطور بما يناسب المرحلة التي يحياها عمرياً وزمنياً.

وتعرَّف الصحة النفسية بصورة عامة بالتوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الإنسان، مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية والتكيف والرضى.

ويتطلب التوافق بين الوظائف النفسية ألا يعاني الشخص من الصراعات النفسية التي تحدث بوجود نزعتين متعارضتين في الإنسان، (مثل الرغبة في السرقة من ناحية والخوف من عقاب الضمير من ناحية أخرى)، أو الصراع بين الأنانية والإيثار وغيرها، ويستطيع الفرد أن يتخلص من هذه الصراعات عن طريق حل ما يواجهه من مشكلات تبعاً لفلسفة واضحة في حياته.

والمرض النفسي هو موضوع الطب النفسي (Psychiatry)، وهو فرع من فروع الطب، يدرس الأمراض النفسية والعقلية من حيث أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها، فهو يهدف للوصول إلى الصحة النفسية عن طريق الوقاية من المرض النفسي أو علاجه.

أما علم النفس (Psychology) فهو علم السلوك بمظهريه الحركي والذهني، ويقصد بالسلوك ما يصدر عن الكائن الحي من العمليات العقلية والنشاط المادي تحت تأثير الموقف أو الحال الذي يضمه لتحقيق إمكاناته، ولحفظ التوترات التي تهدد وحدته وتدفعه إلى الحركة والنشاط التكيفي.

والسلوك باعتباره موضوعاً لعلم النفس يختلف عن السلوك من وجهة نظر الفسيولوجي، بأنه استجابة للمنبه أو للموقف،لا بوصفه مجموعة من الخصائص الفيزيائية (الطبيعية) والكيمياوية فحسب، بل بوصفه علامة أو إشارة أو معنى، وعلم النفس له صلة وثيقة بالعلوم البيولوجية والفيزيائية والاجتماعية، مع بقائه علماً مستقلاً بذاته، له موضوعه الخاص ومناهجه التي تتوافق مع طبيعة هذا الموضوع، فالتفسير البيولوجي أو الاجتماعي للسلوك لا يكتمل مفهومه إلا بإعادة صياغته بواسطة المفاهيم الخاصة بعلم النفس، وذلك وفقاً للمنهج التكاملي الذي تقتضيه طبيعة

العلوم الإنسانية.

وميادين علم النفس كثيرة منها علم النفس الإكلينكي، وعلم النفس التجريبي، لم النفس التربوي، وعلم النفس الصناعي، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم النفس الفسيولوجي، وعلم نفس النمو، وعلم القياس النفسي، وغيرها.

النفس والجسد

يتكون جسم الإنسان من مادة حية هي الجسد الذي يتكون من خلايا تتمايز فيما بينها لتكوين الأنسجة والأعضاء والأجهزة، وتسري الحياة المتكاملة في هذه المادة الحية بفعل الروح.

ولعل النفس هي الجزء الانسيابي الوسيط بين الجسد والروح، فهي تشبه لروح في كونها أثراً لا مادة، وتقترب من الجسد في كونها ناتجة عن أجزاء معينة منه، لهذا السبب عرفت النفس بأنها "محصلة الوظائف العليا من نشاط الجهاز العصبي".

ولا يمكن فهم النفس بمعزل عن الجسد؛ لأنها لا تقوم إلا به، مثلما لا يمكن هم سلوك الإنسان في إطار منعزل عن المجتمع.

ولذلك، ومن أجل فهم الأمراض النفسية وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها، لا بد من الربط بين جسد الإنسان ونفسه وبين مجتمعه.

لقد اقتضت الدراسة العلمية تقسيم الوظائف إلى نفسية وبدنية؛ بهدف التبسيط وتيسير الفهم، لا لكونها هكذا حقيقة، فالإنسان كلٌ متكامل متناسق تعمل أجهزة جسده بشكل متناسق ومتعاون، ويعتمد كل جزء منه على الآخر.

إن القلب يعمل منذ بداية حياة الإنسان، يضخ الدم اللازم لحياة، ووظائف الأعضاء، وأجهزة الجسم المختلفة، فإذا توقف عن عمله توقفت معه الحياة.

ويعتمد القلب في عمله على كفاءة بقية الأجهزة، فهو يعتمد على الجهاز التنفسي ومقدار ما يمد الجسم من الأوكسجين الذي يستعمل في حرق الغذاء، والذي تم

هضمه وامتصاصه في الجهاز الهضمي،حيث يوفر الطاقة اللازمة لعمل جميع الأعضاء، ومنها القلب.

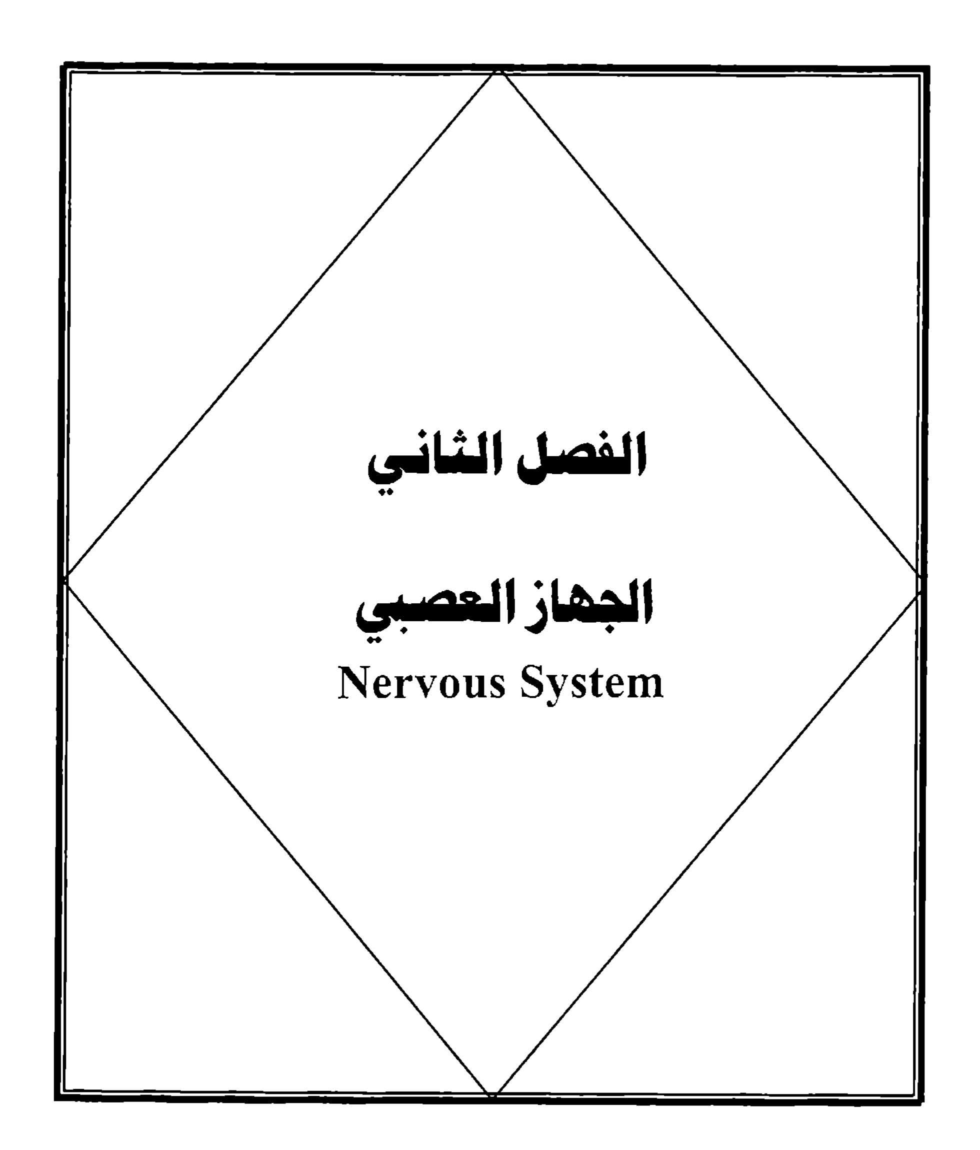
وتنظم الغدد الصماء عمليات التمثيل الغذائي وإمداد الطاقة، كما تقــوم الكلى بطرح السموم والفضلات الناتجة عن عملية التمثيل الغذائي، وتخليص الجسد منها، فإذا توقفت الكليتان عن العمل تراكمت السموم في الجسم، مما يضر بسائر العمليات الحيوية، وبالتالي بجميع الأجهزة ووظائفها، وتعتمد الكليتان بدورهما على أداء جهاز الدوران وضغط الدم الشرياني، فإذا انخفض عن حد معين سبّب ذلك توقف عملهما.

فالتكامل هو سمة بين أعضاء الجسد، إذ إن كل عضو يكمل عمل الآخر، يؤثر ويتأثر به، كذلك تتكامل النفس والجسد، فما النفس إلا أثر الجزء من الجسد، وهو الدماغ والجهاز العصبي، تمرض بمرضه وتصح بصحته، وهذا أبسط انعكاس للجسد على النفس، كذلك توجد انعكاسات أخرى لمرض أجهزة الجسم الأخرى على النفس، فعندما يمرض القلب فإن الدماغ يتأثر بهذا المرض من خلال تأثير الدم الواصل إليه، فتتأثر النفس لاختلال وظيفة الدماغ، وكذلك تتأثر النفس لشعور الشخص بالمرض، وكذا الحال في اعتلال الكلى والجهاز الهضمي وغيرها، فالنفس هنا تتأثر مادياً معنوياً بإصابة الجسد بالمرض، وبالمقابل هناك انعكاسات للنفس على الجسد، إذ إن الصراع النفسي يتحول إلى عرض جسمي في مرض الهستيريا، مثل الشلل الهستيري والعمى الهستيري واحتباس الصوت، كما يؤثر الصراع النفسي في بعض أنسجة الجسم، مثلما يحدث في لأمراض السايكوسوماتية، مثل قرحة المعدة، والتهاب القولون المتقرح، وارتفاع ضغط الدم، وغيرها.

ويشمل تكامل الإنسان (جسده ونفسه) كذلك تكامله مع مجتمعه، فهو ينشأ في أسرة، حيث يلقى الرعاية من قبل الأم، ترضعه وترعاه، ويتعلم قيم المجتمع، ثم في مراحل لاحقة من حياته يحتاج الفرد إلى مشاركة أخرى في تزاوج يشبع حاجاته البيولوجية والنفسية، مما يترتب عليه تكوين أسرة جديدة تنتمي إليه ويحقق من خلالها إشباعاً نفسياً واجتماعياً.

وهكذا نرى أن التكامل هو سمة هامة بين أجهزة الجسم المختلفة والنفس والجسد،وبين الإنسان والمجتمع،بالإضافة إلى التكامل بين وظائف النفس المختلفة،فكما أن الإدراك المبني على الذاكرة يؤثر في الشعور (الوجدان)، فإن الشعور نفسه يؤثر بدوره في التفكير الذي يترجم إلى سلوك حركي أو لفظي.

ولكي يتم فهم النفس، وما يحدث للجسم من تغيرات ترتبط بالنفس، لا بد لنا من عرض الجهاز العصبي كموطن مادي للنفس، وما يتبعه من إحساسات هي مسارات للإدراك، وما يحدث في الجسم من تغيرات هرمونية تبعاً لذلك، بواسطة الجهاز الهرموني.



الفصل الثاني

الجهاز العصبي

Nervous System

الجهاز العصبي Nervous System

هو جهاز دقيق جداً في تكوينه وعمله، وهو أكثر أجهزة الجسم تعقيداً وتطوراً وأهمية؛ لأنه المسؤول عن تنظيم الفعاليات الحيوية المختلفة لأجهزة الجسم والتوفيق فيما بينها، وتتركز في أحد أجزائه (وهو الدفاع) خصائص الوعي والتفكير والتعلم والذاكرة والنطق والإرادة؛ للقيام بالأعمال الهادفة، وتسهم جميع هذه الخصائص الدفاعية في تكوين الشخصية لدى الفرد(Personality)؛ مما يبرز أهمية هذا الجهاز لدى الإنسان.

ويقسم الجهاز العصبي إلى:

أولاً: الجهاز العصبي الجسمي Somatic (motor) Nervous System

ويشمل:

١- الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System (CNS)

٢- الجهاز العصبي المحيطي Peripheral Nervous System (PNS)

ثانياً: الجهاز العصبي الذاتي Autonomic Nervous System (ANS)

ويشمل:

١-الجهاز العصبي السمبثاوي (الودي) Central Nervous System (CNS)

٢-الجهاز العصبي الباراسمبثاوي (نظير الودي) Peripheral Nervous System (PNS)

أولاً: الجهاز العصبي الجسمي Somatic (motor) Nervous System ويشمل:

١- الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System (CNS):

يسيطر هذا الجهاز على جميع حركات الجسم الإرادية، وهو المحرك الرئيسي للجهاز الحركي المتكون من العظام والعضلات الإرادية، وتوقف هذا الجهاز عن العمل جزئياً أو كلياً لسبب ما يسبب شللاً جزئياً أو كلياً في عضلات الجسم بحسب درجة الضرر التي يتعرض لها، ويتكون هذا الجهاز الحيوي من جزئين مهمين، هما:

- الدماغ Brain.
- النخاع الشوكي Spinal Cord.

يقع الجهاز العصبي المركزي في مركز الجسم، حيث يوجد الدماغ في داخل عظام الجمجمة (القحف) (Cranial bones)، بينما يقع النخاع الشوكي داخل العمود الفقري (Vertebrae)، ويغلف الجهاز العصبي بثلاث طبقات من الأغشية (Membranes) التي تحافظ عليه من الصدمات الخارجية والاهتزازات الدماغية بصورة خاصة، وتسمى هذه الأغشية السحايا (Meninges)، وهي من الخارج إلى الداخل كما يلي:

١- الأم القاسية Dura mater.

٢- الأم العنكبوتية Arachnoid mater.

٣- الأم الحنون Pia mater.

فالأم القاسية هو غلاف ليفي قوي، يلتحم مع السمحاق المبطن لعظام الجمجمة، مكوناً بطانة ثانية للجمجمة، ويبطن أيضاً القناة الشوكية، لكنه لا يلتحم مع سمحاق الفقرات، ولهذا الغلاف طيات تمتد بين أجزاء الدماغ وتثبتها، وهي:

١- الطية المنجلية المخية Falx Cerebri.

٢- الطية المنجلية المخيخية Falx Cerebelli.

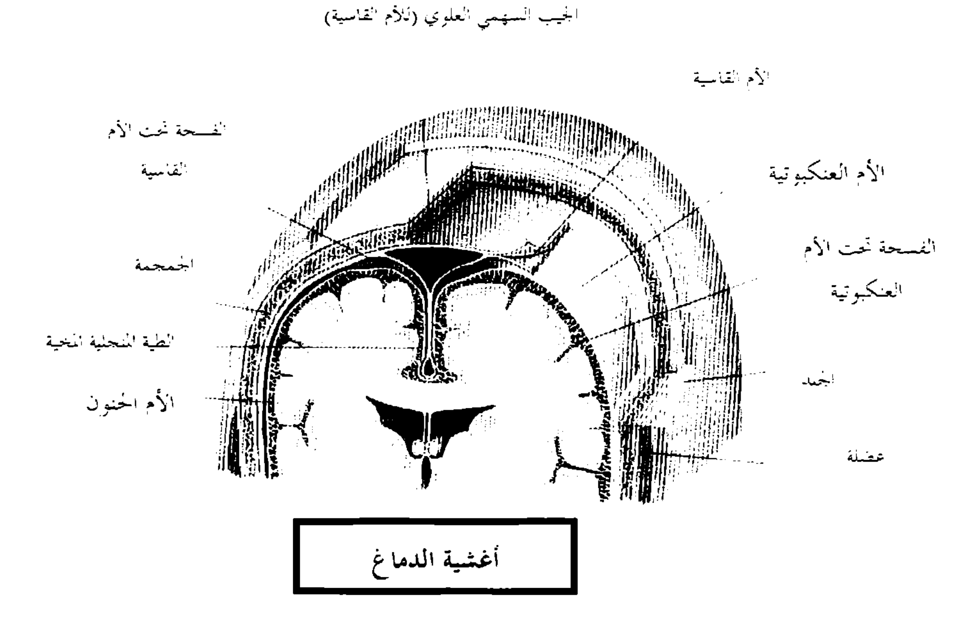
٣- الخيمة المخيخية Tentorium Cerebelli.

تمتد الطية المنجلية المخية بصورة عمودية من الأعلى إلى الأسفل بين نصفي كرة المخ، نازلة من منتصف السطح الداخلي للقحف بشكل شبيه بالمنجل.

وتمتد الطية المنجلية المخيخية بصورة عمودية من الخلف إلى الأمام عند مستوى المنصف الجسمي بين نصفي كرة المخيخ، وتتصل حافتها الخلفية بالعظم القحفي، أما حافتها الأمامية فتكون حرة بين نصفي كرة المخيخ، وتتصل حافتها العُليا من الأعلى بالخيمة المخيخية. أما الخيمة المخيخية فتمتد أفقياً من الخلف إلى الأمام، مكونة ما يشبه الخيمة فوق الحفرة الجمجمية الخلفية، فتفصل المخيخ الذي يقع تحتها عن القسم الخلفي للمخ الذي يقع فوقها.

وتترك هذه الخيمة أمامها فتحة بيضوية الشكل لمرور الدماغ الأوسط (Brain Mid) الذي يربط المخ بالقنطرة الدماغية (الجسر) (Pons).

والأم الحنون هو الغشاء الذي يلامس السطح الخارجي للدماغ والنخاع الشوكي ويحتوي على الأوعية الدموية التي تغذي الدماغ؛ لذلك يدعى بالأم الحنون. أما غشاء الأم العنكبوتية، فيقع بين غشاء الأم الحنون والأم القاسية.



أغشية الدماغ

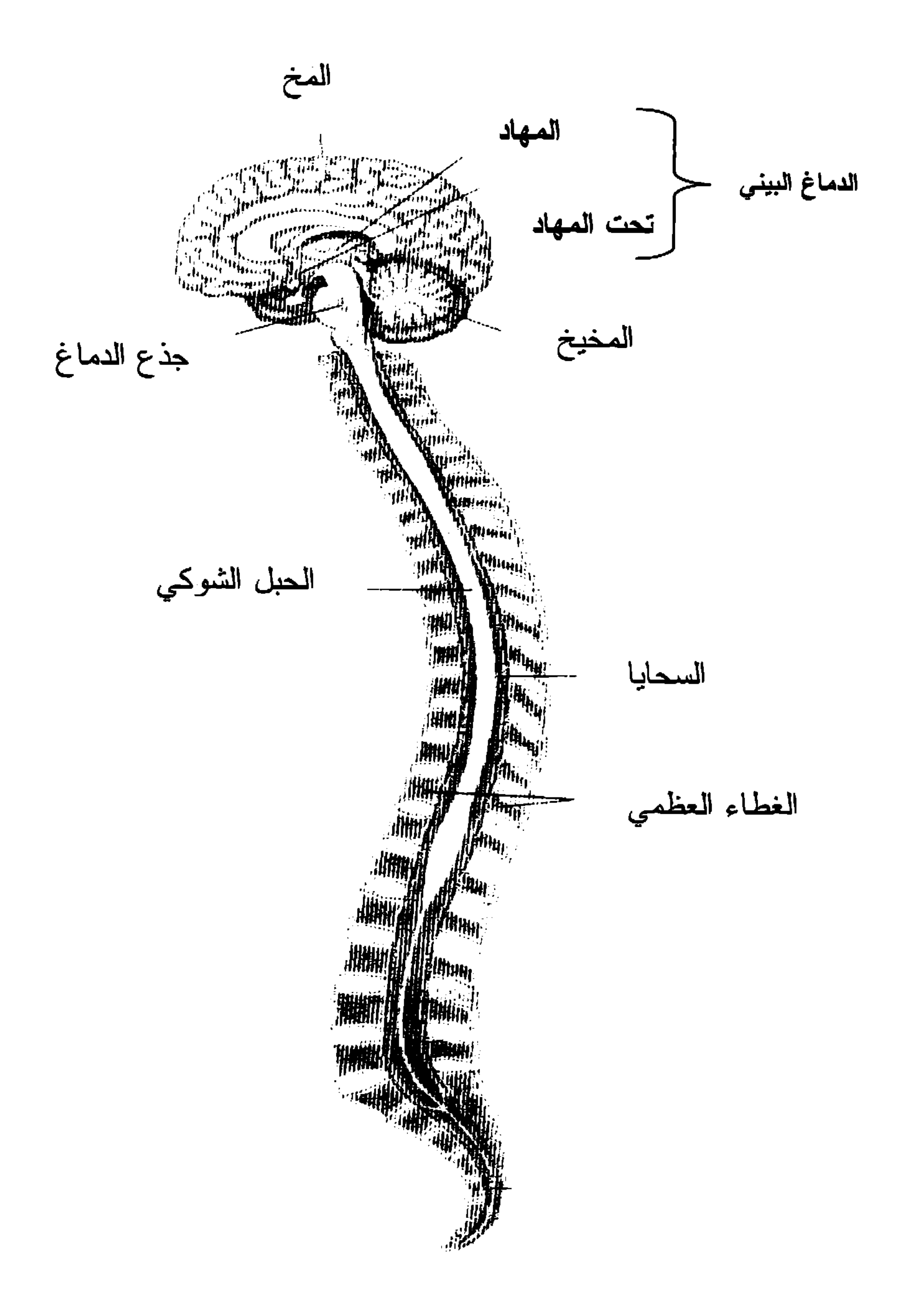
إن الفسحة الموجودة تحت غشاء الأم القاسية والغشاء العنكبوتي (Space Subdural) تكون ضيقة جداً، وتحتوي على كمية قليلة من السائل (Lubricationg Fluid(Serous).

أما الفسحة تحت العنكبوتية (Subarachnoid Space) فتقع تحت الغشاء العنكبوتي وفوق غشاء الأم الحنون، وهي واسعة نسبياً، وتحتوي على كمية من السائل الدماغي الشوكي (Cerebrospinal Fluid)، وهو سائل عديم اللون شبيه بالسائل اللمفاوي من حيث المكونات والوظائف، كما يملأ هذا السائل بطينات الدماغ (Brain Ventricles)، ويملأ الفسحة تحت العنكبوتية حول النخاع الشوكي؛ إذ توجد فتحة خاصة بين بطينات الدماغ والفسحة تحت العنكبوتية.

وظائف السائل الدماغي الشوكي Cerebrospinal Fluid Function

يعمل هذا السائل كوسادة مائية تحفظ الدماغ والنخاع الشوكي من تأثيرات الصدمات الخارجية، كما يساعد في نقل المواد الغذائية للدماغ والنخاع الشوكي؛ إذ إنه يحتوي

على كمية قليلة وثابتة من البروتينات والسكر والأملاح، ويساعد في إزالة المخلفات الحيوية من الدماغ والنخاع الشوكي.



الجهاز العصبي المركزي

تركيب الجهاز العصبي المركزي

يتكون الجهاز العصبي المركزي من:

١- الدماغ Brain:

وهو أعلى المراكز العصبية وأكثرها تعقيداً وتطوراً، وأهمها في الإنسان فهو المركز الرئيسي لاستلام الإحساسات المختلفة، حيث يدركها ويميزها ويفسرها، ثم يخزنها بشكل مجموعة كبيرة من المعلومات التي تؤلف خزان الذاكرة لدى الإنسان، ويقوم الدماغ بإصدار الأوامر والحوافز إلى مناطق أخرى من الجسم تجاه المثيرات المختلفة، سواء كانت مثيرات داخلية أو خارجية، كما أنه يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى من خلال مراكز خاصة، مثل مراكز تنظيم التنفس وتنظيم ضربات القلب وغيرها.

ويتميز دماغ الإنسان بتعقيد كبير، فهو يحتوي ما يقارب من عشرة بلايين خلية عصبية، وترتبط كل خلية بوصلات بينها وبين الخلايا الأخرى.

ويتراوح عددها من خمسة آلاف إلى عشرين ألف وصلة، ومعدل ما يصل إليه من الدم هو ثلاثون بالمائة (٣٠%) من الدم الخارج من البطين الأيسر (أي الدم المؤكسج)، وأن نسبة التمثيل الغذائي للدماغ تصل إلى أربعين بالمائة (٤٠%) من التمثيل الغذائي للجسم كله، بالرغم من أن وزن الدماغ لا يتجاوز اثنين بالمائة (٢%) من وزن الجسم.

تسمى المثيرات أو الحوافر التي يستلمها الدماغ بالمثيرات الواردة (Afferent Impulses)، أما المثيرات التي يصدرها الدماغ، فتسمى المثيرات الصادرة Efferent (Impulses)، ويتكون الدماغ من الأقسام التالية:

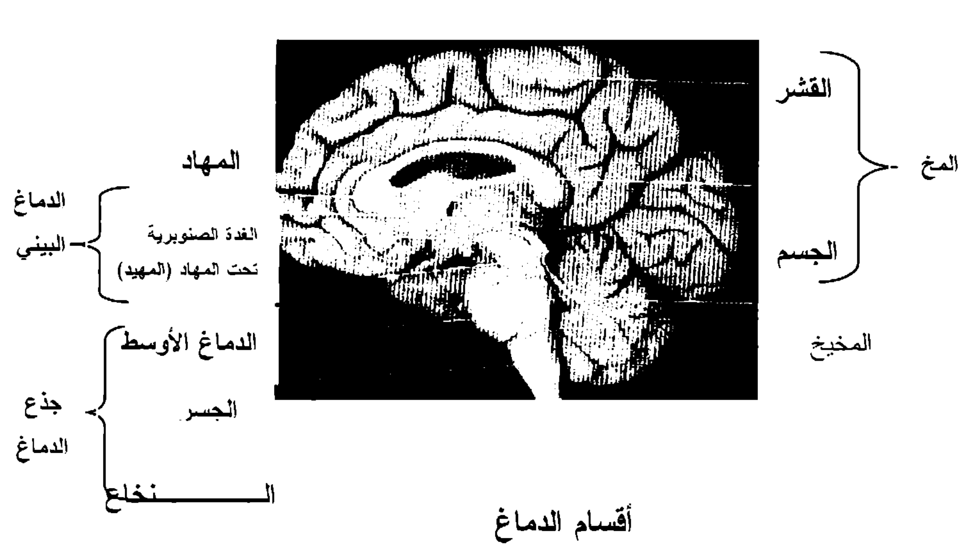
أ- المخ Cerebrum

ب- الدماغ البيني Diencephalon

ج- جذع الدماغ Brain Stem



د- المخيخ Cerebellum



أقسام الدماغ

أ- **المخ Cerebrum:**

وهو أكبر أجزاء الدماغ، ويحتل معظم جوف الجمجمة، ويتكون من نصفي كرة (Cerebral Hemispheres) يشغلان الحفرتين الجمجمتين: الأمامية والوسطى في كل جانب، وهما أعلى أجزاء الدماغ، ويفصل بينهما أخدود طولي من الأمام إلى الخلف، ولكنهما يرتبطان مع بعضهما في أسفل هذا الأخدود عبر المنصف الجسمي بواسطة جسر رابط متكون من حزمة كبيرة من الألياف العصبية، يدعى بالجسم الثفني (Corpus Callosum)، ويقوم المخ بوظيفتين أساسيتين، هما:

- دور مركز التكامل الأعلى للجهاز العصبي (Perception).
- قاعدة للوظائف النفسية، كالإحساس والإدراك والذاكرة والتقييم (Judgment)، والإرادة (Volition)، والوعي (Consciousness).

ويتكون نصف كرة المخ من:

١- القشرة المخية Cerebral Cortex:

وهي طبقة رقيقة جداً، تكوّن الجزء الخارجي من نصفي كرة المخ، وتتكون من المادة الرمادية (السنجابية)، وتشتمل على أجسام الخلايا العصبية التي ترسل

عصبوناتها عميقاً إلى المادة البيضاء، كما تشتمل على المناطق الوظيفية للدماغ، وتحتوي على عدد من التلافيف والأثلام، أو الأخاديد والفصوص والعقد.

أ- التلافيف (Convolution): هي امتدادات للمادة الرمادية، تغوص عميقاً في وسط المادة البيضاء مكوّنة تلك الطيات والثنيات، ويزداد ذكاء الإنسان كلما ازداد عدد تلك الثنيات، وتسمى هذه التلافيف بطيات القشرة المخية (Gyri)، ولها أسماء خاصة بها.

فالطبقة القشرية الواقعة أمام الشق المركزي مباشرة تسمى الطية المركزية الأمامية (Personal Gyrus)، أما الطية الواقعة خلف الشق المركزي مباشرة، فتسمى الطية المركزية (Postcentral Gyrus).

ب- الأثلام (Fissures) أو الأخاديد (Sulci): وهي عبارة عن خطوط سطحية تقسم المخ إلى عدة أجزاء وظيفية معروفة، وأهم هذه الأخاديد هي:

١- **الأخدود الجانبي (الوحشي) (Lateral Sulcus)**: ويسمى أيضاً أخدود سلفيان، وهو عبارة عن أخدود عميق فوق الجزء الصدغي باتجاه الخلف، ثم يستمر فوق السطح العلوي الوحشي، وهو الذي يحدد الخط الذي يقسم المخ إلى التلافيف، وتوجد عليه منطقتا الكلام والسمع.

٢- **الأخدود المركزي (Centeral Sulcus)**: ويسمى أيضاً أخدود رولاند (Roland)، ويبدأ من مركز الطرف العلوي باتجاه الأمام والأسفل باتجاه الأخدود الجانبي، ويقع بين منطقتي الحركة والإحساس.

٣- **الأخدود الحزامي (Sulcus Singuli)**: هو عبارة عن أخدود ناتيء على السطح الأوسط باتجاه الخلف بموازاة الجسم الثفني (Corpus Callosum)الذي هو عبارة عن ألياف تربط بين كرتي المخ، وتوجد في أسفله منطقة الشم والانفعال.

٤- **الأخـــدود المهمازي (Calcarin Sulcus)**: وهو أخدود قصير وعميق يبدأ من النهاية الخلفية للجسم الثفني.

وينقسم إلى أخدودين فرعيين، أحدهما مهمازي والآخر صدغي- قذالي، وتوجد حوله منطقة الرؤية.

٥- الأخدود الفرعي: يسير هذا الأخدود بموازاة الطرف الأوسط، ويحد الحد الجانبي للتلافيف المسماة بحصان البحر، حيث مركز التقييم الواعي للشم.

ج- *الفصوص (Lobes):* يقسم المخ بواسطة الأخاديد إلى عدة فصوص، هي:

١- الفص الجبهي الأمامي (Frontal Lobc): وهو مركز معظم الوظائف العليا، كالتفكير والإدراك والانتباه والشعور بالمحيط (البيئة) والذاكرة.

٢- الفص الجداري (Parictal Lobe): يختص بالإحساس غير المتخصص،مثل اللمس والألم والتغير في درجة الحرارة.

٣- الفص القفوي (الخلفي) (Occipital Lobc): وهو مركز الإدراك البصري الذي يختص باستقبال الإحساسات التي تلتقطها أجهزة العين وفهمها.

٤- الفص الصدغي (Temporal Lobc): وهو مركز الإدراك السمعي الذي يستقبل المسارات التي تلتقطها أجهزة الأذن.

٥- العُقد القاعدية (Basal ganglia): هي مجموعة من الخلايا العصبية (المادة السنجابية) وهما: النواة العدسية (Lenticular)، والمذنبة (Caudate) اللتان تشكلان معاً "الجسم المخطط" الذي يقع في النتوء الوحشي (الخارجي) للمخ، وتعمل هذه العقد على تنظيم وضبط الحركة الإرادية، بالإضافة إلى دورها في تنظيم الحركات الانفعالية والحشوية المصاحبة للانفعالات.

٢ - *البطين الجانبي:*

وهو عبارة عن فراغ في نصف كرة المخ على كل جانب، وهما مملوءان بالسائل النخاعي الشوكي.

أما باقي نصف كرة المخ، فتتألف من المادة البيضاء المتكونة من ألياف عصبية، إما صادرة من خلايا القشرة المخية أو واردة إليها.

ويعتبر أحد نصفي كرة المخ سائداً (Dominant) إذا وجد فيه مركز الكلام، وعليه تتوقف الجانبية اليدوية، حيث إن هذا المركز يقع في النصف الأيسر لكرة المخ، ويكون هو السائد في حالة الأشخاص الذين يجيدون استخدام يدهم اليمنى، أما إذا وجد

مركز الكلام في النصف الأيمن لكرة المخ، كان هو السائد، وذلك في حالة الأشخاص الذين يجيدون استخدام يدهم اليسرى (الأعسر)، والنصف السائد يتميز بالقدرة اللفظية، والتفكير المتسلسل المنطقي،ويهتم بالتفاصيل، بينما النصف غير السائد يتميز بقدرته على التفكير الحدسي والفني والموسيقي والقدرة على التركيز.

٣- ***الدماغ البيني Diencephalon:***

هي المنطقة الواقعة أسفل نصفي كرة المخ وأهم مكوناتها، هي:

١- المهاد Thalamus.

٢- تحت المهاد (المهيد) Hypothalamus.

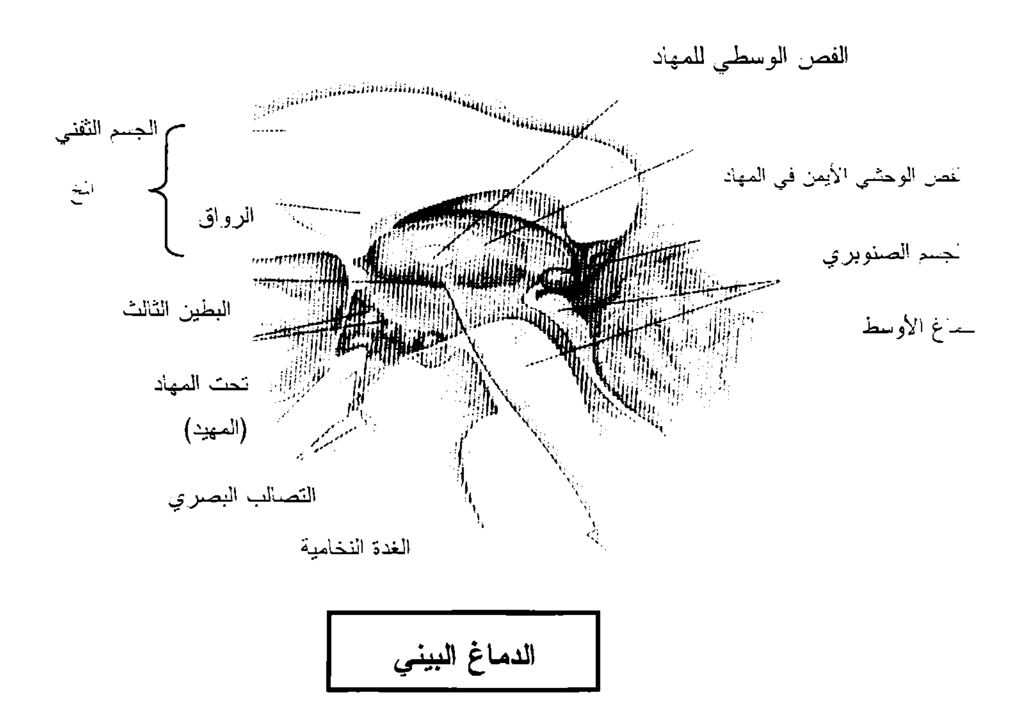
٣- البطين الثالث Third verticle، وهو الفراغ الذي يفصل بين المهاد الأيمن والأيسر.

١- المهاد **Thalamus**: يقع في جدران البطينين الثالث والجانبي، وهو عبارة عن منطقة حسية هامة، فهي تعمل كمركز تحتي للقشرة المخية، حيث تتولى استقبال الإحساسات القادمة إلى القشرة المخية من مختلف أنحاء الجسم (ماعدا الفم)، وتهذبها قبل وصولها إلى القشرة المخية، ونظراً لاتصاله بالمهيد والفص الجبهي، فإنه يشترك في تكوين السلوك الانفعالي والسلوك الاجتماعي،ويوجد مهاد على كل جانب يفصل بينهما البطين الثالث، وإذا أصيب المهاد بأذى أو تلف تظهر متلازمة المهادة التي تتميز بالعلامات التالية:

١- انخفاض شدة جميع أنواع الإحساس الجلدية والحركية.

٢- ظهور نوبات من الألم التلقائي في الجهة المعاكسة من الجسم.

٣- ظهور إحساسات غريبة، مثل الانزعاج من سماع لحن عذب.



الدماغ البيني

٢- **تحت المهاد (المهيد) Hypothalamus**: هي منطقة تجمع خلوي، يتكون من مجموعات من الخلايا العصبية تسمى الأنوية، تقع أسفل منطقة المهاد وأعلى جسم الغدة النخامية، وأمام النوى بين الساقين (Hnterperducncular Nuclei)، ويقسم إلى نوى ومناطق نووية، مثل: النواة فوق البصرية (Supraoptic)، ونواة البطين (Paraventriclc)، والنواة الأمامية البطينية (Ventro-medial nuclei)، والنواة الظهرية الوسطى (Dorso-mcdial nuclei).

ويتصل عصبياً مع الفص الخلفي للغدة النخامية، ووعائياً مع الفص الأمامي لها، كما يتصل بالجهاز الحافي (Limbic System)، وقشرة المخ والمهاد والتكوين الشبكي.

ولمنطقة تحت المهاد وظائف حيوية متعددة، أهمها:

١- التحكم في نشاط الجهاز العصبي الذاتي: المكون من الجهاز السمبثاوي (Sympathetic)، والجهاز الباراسمبثاوي (Parasympathetic)، حيث توجد مجموعة من الخلايا العصبية المتخصصة لضبط نشاط الجهاز العصبي الذاتي، وهذا الجهاز بدوره يتحكم في حالة الأعضاء الداخلية للجسم، مثل القلب والأوعية الدموية، والجهاز الهضمي، والجهاز التنفسي، فعند إدراك الشخص شيئاً ما يثير انفعالاً معيناً (كالخوف أو الفرح أو الحزن)، فإن ما يحدث هو فهم هذا المثير واستدعاء الخبرة الماضية، مما يؤثر في منطقة تحت المهاد، وينتقل ذلك إلى الجهاز العصبي الذاتي، وبذلك تحدث التغيرات العضوية المناسبة كزيادة معدل ضربات القلب، ومعدل التنفس، إلى غير ذلك من التغيرات الحيوية.

٢- تنظيم النشاط الهرموني: فمنطقة تحت المهاد تنظم إفراز معظم إفرازات الغدة النخامية الأمامية، وذلك عن طريق الأوعية الدموية التي تربط بينهما، ويتم ذلك بواسطة إرسال عوامل مفرزة (إشارات كيميائية) إلى الغدة النخامية الأمامية، فتطلق معظم هرموناتها، وهي:

- هرمون النمو.
- هرمون مغذي الغدة الأدرينالية.
- هرمون مغذي الغدة البنكرياسية.
- هرمون مغذي الغدة التناسلية.

ويتم تكوين هرمونات الغدة النخامية الخلفية في منطقة تحت المهاد، ثم تنتقل إلى الغدة النخامية الخلفية (الفص الخلفي)، حيث يتم خزنها فيه، ثم تفرز منها حسب الحاجة بناء على تنظيم تحت المهاد.

٣- تنظيم درجة حرارة الجسم: يعتبر تحت المهاد مركزاً لتنظيم درجة حرارة الجسم، إذ إنه يرصد التغيرات التي تحصل في درجة حرارة الدم، فينتج عن ذلك زيادة في نشاط الجهاز السمبثاوي الذي يقوم بزيادة معدل التمثيل الغذائي، فتنطلق الطاقة بشكل

(رعشة) في الجسم، كما يضيّق الشرايين المغذية للجلد، ويوقّف إفراز العرق، فيقلل بذلك من فقد الحرارة من الجسم، ويحتفظ بالحرارة الناتجة، فيؤدي بذلك إلى ارتفاع درجة حرارة الجسم، أما في حالة زيادة درجة الحرارة فإن العكس يحدث، حيث تتسع الشرايين المغذية للجلد، ويزداد إفراز العرق، وبذلك يحدث فقدان للحرارة فتنخفض درجة حرارة الجسم.

٤- **التعبير الانفعالي:** يعتبر تحت المهاد مركزاً هاماً من مراكز الانفعال، ويظهر ذلك من خلال تحكمه في الجهاز العصبي الذاتي، وقد لوحظ أن تلف هذه المنطقة يؤدي إلى اختفاء التعبير الانفعالي المصاحب للانفعالات.

٥- **تنظيم عملية التمثيل الغذائي (الأيض):** يؤثر تحت المهاد في إفراز عدد من الهرمونات التي تنظم عملية الأيض الغذائي، وهو هرمون مغذي الغدة الدرقية، وهرمون مغذي البنكرياس، وهرمون الأدرينالين، إضافة إلى وجود مركزين في هذه المنطقة، أحدهما مسؤول عن الإحساس بالجوع والآخر بالشبع، وقد لوحظ أن تلف أحدهما يسبب فقدان الشهية للطعام، وقد يؤدي إلى الموت جوعاً، أو النقص الشديد في الوزن، بينما يسبب تلف الآخر شراهة في تناول الطعام، ويفقد الشخص الإحساس بالشبع، مما يسبب السمنة المفرطة.

٦- **تنظيم مستوى الماء في الجسم:** إذا حدث تغير في الضغط الإسموزي للسائل المحيط بالخلايا (كالزيادة مثلاً)، فإن مستقبلات الضغط الإسموزي الموجودة في خلايا عصبية معينة في تحت المهاد تتنبه، فتعطي أمراً بإفراز هرمون الفازوبريسين أو مضاد التبول (A.D.H) الذي يعمل على رفع الضغط من الفص الخلفي للغدة النخامية، ويعمل هذا الهرمون على تقليل إفراز كمية البول، مما ينتج عنه زيادة كمية الماء في الجسم، بينما إذا نقص الضغط الإسموزي نتيجة لزيادة كمية السائل المحيط بالخلايا، فإن ذلك يؤدي إلى نقص إفراز الهرمون، وبالتالي زيادة كمية التبول، فيصل مستوى الماء في الجسم إلى معدله الطبيعي، أما إذا قلّت نسبة إفراز هذا الهرمون لسبب ما، فإن كمية الماء المفقود في عملية التبول تزداد لدرجة كبيرة، ويشرب الشخص كميات

كبيرة من الماء، ويطلق على هذه الحالة مرض السكر الكاذب(Diabetes Inspidus).

٧- التحكم في السلوك الجنسي.

٨- **تنظيم ضغط الدم:** عن طريق تحكم منطقة تحت المهاد في الجهاز العصبي الذاتي (السمبثاوي)، حيث يتم التحكم في تضييق أو اتساع الأوعية الدموية، مما يؤدي إلى زيادة أو انخفاض في ضغط الدم، كما أن إطلاق هرمون الأدرينالين والنورأدرينالين من الغدة الأدرينالية (بسبب هرمون مغذي الأدرينالين الذي يسبب إفرازه تحت المهاد)، وزيادة هذا الهرمون يسبب تضيق الشرايين، فيزداد معدل ضربات القلب، ومن ثم ارتفاع ضغط الدم.

٩- **تنظيم النوم واليقظة:** توجد مراكز للنوم واليقظة في منطقة تحت المهاد (المهيد)، فعندما ينشط أحدهما يثبط الآخر، ويقع مركز النوم قرب مركز التحكم في الجهاز (الباراسمبثاوي)، بينما يقع مركز اليقظة قرب مركز التحكم في الجهاز السمبثاوي، وأن إصابة هذا الجزء تسبب حدوث النوم الانتيابي (Narcolepsy)، وهو نوبات متقطعة من النوم اللاإرادي، أو يسبب النوم لفترات طويلة (Hypersomnia).

٤- ***جذع الدماغ Brain stem:***

هو تركيب ساقي الشكل، يمثل الجذع الذي يحمل المخ بنصفي كرتيه بواسطة ساقين يتفرعان من هذا الجذع، يحمل كل منهما نصف كرة المخ، ويسمى أيضاً بالساق المخي (Cerebral Peduncle)، ويتكون الجذع المخي من التراكيب التالية:

١- الدماغ الأوسط Mid Brain.

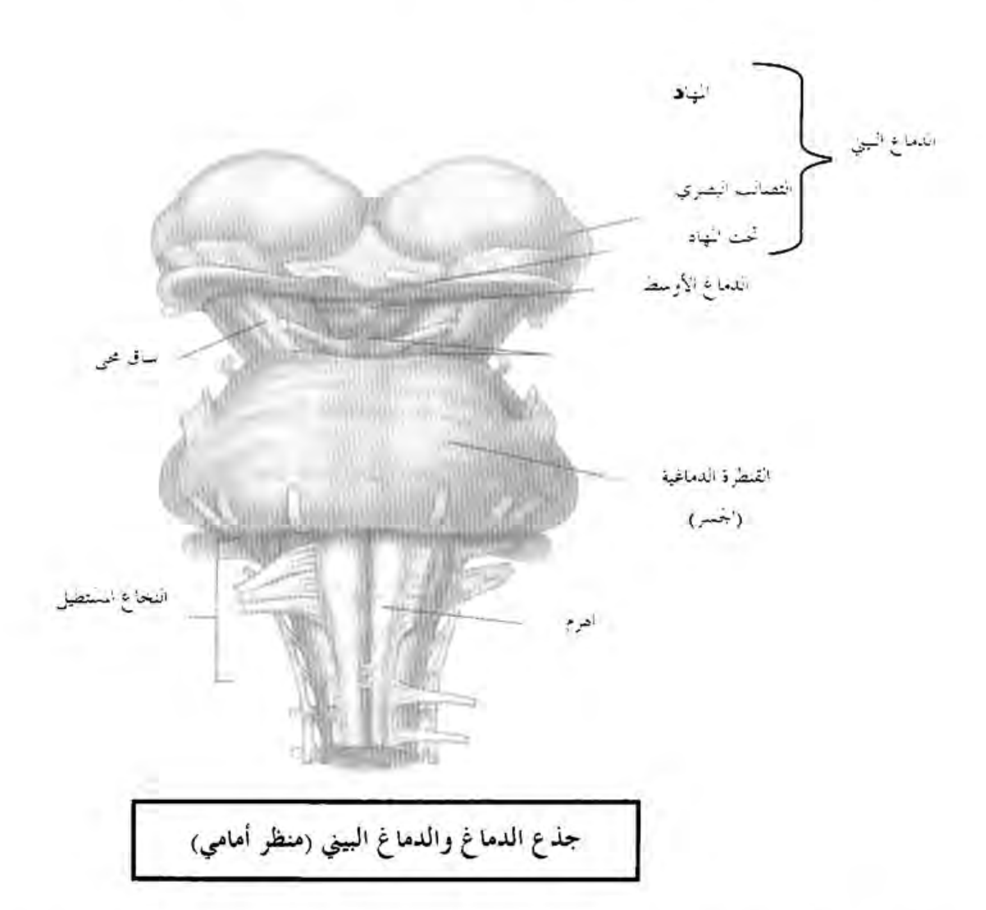
٢- القنطرة الدماغية (الجسر) Pons.

٣- النخاع المستطيل Medulla Oblongata.

١- الدماغ الأوسط **Mid Brain**: وهو أقصر أجزاء جذع الدماغ وأعلاها، يربط بين نصفي كرة المخ بالقنطرة الدماغية، وتوجد به المراكز السفلى للبصر والمراكز السفلى للسمع، كما يتصل بالمخيخ والدماغ الأمامي، وبه نواة كل من العصب الثالث (محرك مقلة العين) ونواة العصب الرابع، بالإضافة إلى جزء من نواة العصب الخامس

(ثلاثي التوائم)، كما أن جميع الألياف العصبية الذاهبة إلى المخ أو الواردة منه تمر خلال الدماغ الأوسط.

ويتكون الدماغ الأوسط من الساقين المخيين (Cerebral Peduncles) من الأمام والأجسام التوأمية الأربع من الخلف (Corpora Quadrigeminae).



جذع الدماغ والدماغ البيني (منظر أمامي)

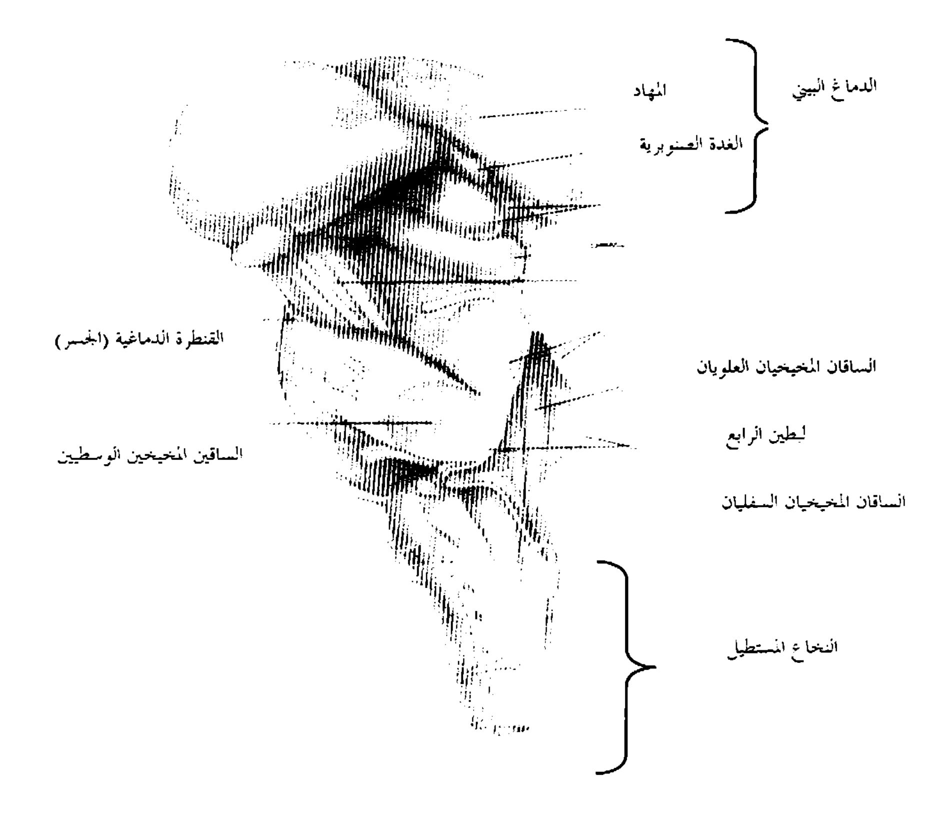
٢- **القنطرة الدماغية Pons**: وهي عبارة عن تركيب يشبه الجسر أو القنطرة، تصل نصفي كرة المخيخ ببعضهما بواسطة ساقين يسميان بالساقين الوسطيين المخيخيين (Middle Cerebellar)، كما أنها توصل بين الدماغ الأوسط في أعلاها والنخاع المستطيل في أسفلها، وكذلك المخيخ، حيث ترتبط به بوصلات خاصة، وتحتوي على

عدد من أنوية الأعصاب الجمجمية، هي نواة العصب السادس (المبعد لمقلة العين)، ونواة العصب السابع (الوجهي)، ونواة العصب الثامن (القوقعي الدهليزي)، إضافة إلى نواة جزئية للعصب الخامس (ثلاثي التوائم)، كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى القشرة المخية تمر من خلالها أيضاً، ويحتوي على مراكز يعتقد أن لها علاقة بالانفعالات.

٣- **النخاع المستطيل Medulla Obongata:** يقع هذا الجزء في الحفرة الجمجمية الخلفية أمام القسم السفلي للمخيخ، أسفل القنطرة الدماغية، ويمتد إلى الأسفل حتى الفتحة العظيمة (Foramen Magnum)، حيث يستمر مع بداية النخاع الشوكي عند هذه الفتحة.

يتكون النخاع المستطيل من حزم متعددة من الألياف العصبية الصاعدة إلى أجزاء الدماغ العليا أو النازلة منها، لذلك فإن معظم هذا الجزء متكون من المادة البيضاء، أما المادة السنجابية فيه فعبارة عن تجمعات خلوية تمثل مراكز حيوية مهمة، كالمراكز التنفسية وغيرها، كما يمثل بعضها نوى الأعصاب القحفية المختلفة الصادرة من هذا الجزء، ويحتوي على الأنوية الخاصة بكل من العصب التاسع (اللساني البلعومي)، والعصب العاشر (الحائر)، والعصب الحادي عشر (الإضافي)، والعصب الثاني عشر (تحت اللساني)، كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى الدماغ تأخذ مكانها أيضاً في النخاع المستطيل.

ويقع الجزء العلوي من النخاع المستطيل أمام البطين الدماغي الرابع (Fourth Ventricle)، وتخترق النخاع المستطيل قناة مركزية تتصل من الأعلى بالبطين الرابع، ومن الأسفل تستمر مع القناة المركزية للنخاع المستطيل، وبهذا يتصل السائل الدماغي الشوكي في جميع تجاويف الجهاز العصبي المركزي مع بعضه.



جذع الدماغ (منظر خلفي)

٥- *المخيخ Cerebellum*: هو الجزء الذي يلي المخ في حجمه، ويستقر في المنطقة الخلفية (القفوية) من الجمجمة، ويقع إلى الخلف من جذع الدماغ، ويتصف المخيخ بما يلي:

١. يتكون من فص أمامي وفص خلفي، ويطلق عليهما المخيخ القديم، بالإضافة إلى الفص الأوسط، ويطلق عليه المخيخ الحديث.

٢. للمخيخ طبقة داخلية مكونة من ألياف عصبية، تتخللها تجمعات خلوية بشكل نوى أو

عقد، وطبقة خارجية سنجابية تسمى بالقشرة المخيخية، تتصف بوجود الطيات المخيخية النحيفة عليها والحزوز الضحلة، وتمر هذه الطيات بصورة مستعرضة من جانب إلى آخر بصورة عامة.

وللمخيخ ثلاثة أزواج من السيقان، تسمى بالسيقان المخيخية (Cerebellar Peduncles)، وهي:-

١- الساقان العلويان Superior Peduncles.

٢- الساقان الوسطيان Middle Peduncles.

٣- الساقان السفليان Inferior Peduncles.

ومن أهم وظائف المخيخ ما يلي:

- المحافظة على توازن ووضع الجسم بمساعدة جهاز التوازن الموجود في الأذن، حيث لوحظ أن أي تلف في المخيخ القديم (الفص الأمامي والفص الخلفي) يحدث عدم الاتزان لدى الشخص المصاب، ويصبح مترنح المشية، ولا يستطيع المحافظة على توازنه عندما يقف ويغمض عينيه.

- تيسير الحركات الإرادية: حيث إنه ينسق بين انقباض العضلات المختلفة بما يحقق سهولة الحركة وتيسرها، وهذا يتم من خلال استقباله للإشارات القادمة من العضلات والإشارات البصرية والحسية، وتنسيقه فيما بينها.

وبهذا نرى أن وظيفة المخيخ هي ضبط الحركة وتحقيق التوازن للجسم في أوضاعه المختلفة، وأن أية إصابة للمخيخ تسبب تغيرات تتعلق بفقد وظيفته على نفس الجانب من الجسم (الأيمن أو الأيسر)، ومن هذه التغيرات:

١- وهن العضلات، وترهلها، وسرعة الإجهاد، والاختلاج (Ataxia).

٢- الترنح، وهو عدم القدرة على ضبط الحركة، وعدم تناسقها واضطرابات في المنعكسات العميقة.

٣- اضطراب القياس (Dysmetria)، والاتجاه ومدى الحركة اللازمة لفعل ما.

٤- وجود رعشة قصدية أثناء الحركة الهادفة، تزيد كلما اقتربت الحركة من الهدف

المتجه إليه.

٥- اضطراب الكلام (Dysmctria) بسبب عدم التنسيق بين عضلات الكلام.

- البطينات الدماغية Ventricles of the Brain: يحتوي الدماغ على أربعة تجاويف تختلف في شكلها وحجمها وموقعها، وجميعها متصلة مع بعضها بواسطة فتحات أو قنوات خاصة، وهذه التجاويف مملوءة بالسائل الدماغي الشوكي (Cerebro - Spinal Fluid).

وتسمى هذه التجاويف بالبطينات الدماغية، وهي:

١- البطين الوحشي الأيسر (Left Lateral Ventricle)ويشغل نصف كرة المخ.

٢- البطين الوحشي الأيمن (Right Lateral Ventricle)، ويشغل نصف كرة المخ اليمنى.

٣- البطين الثالث (Third Ventricle)، ويشغل المسافة بين المهادين.

٤- البطين الرابع (Fourth Ventricle)، ويشغل المسافة بين المخيخ من الخلف والقنطرة الدماغية والنصف الأعلى من النخاع المستطيل من الأمام.

- البطين الوحشي Lateral Ventricle: هو بطين واحد في كل نصف كرة مخ، يحتل قسميها السفلي والأنسي، ويكون بشكل غير منتظم، وله أربعة أقسام، هي جسم البطين، والامتدادات الثلاثة التي تسمى بالقرون، وهي القرن الأمامي (Anterior Horns)، والقرن الخلفي (Posterior Horns)، والقرن السفلي (Infcrior Horns).

يتقابل البطينان الوحشيان الأيسر والأيمن على جانبي المنصف الجسمي،حيث ينفصلان عن بعضهما تمام الانفصال بواسطة غشاء سميك نسبياً، ولكنهما يتصلان مع بعضهما بصورة غير مباشرة عبر البطين الثالث الذي يتصل بكل منهما بواسطة فتحة، تسمى بالفتحة بين البطينين (Intcr-Vcntricular Foramcn).

- البطين الثالث Third Ventricle: وهو بطين غير منتظم الشكل، يقع بين نصفي كرة المخ بين المهادين الأيمن والأيسر، وأعلى منطقة تحت المهاد (Hypothalamus)، يتصل بكل من البطينين الوحشيين بواسطة الفتحة بين البطينية، وكذلك يتصل مع

البطين الرابع بواسطة قناة البزل (Aqucduct).

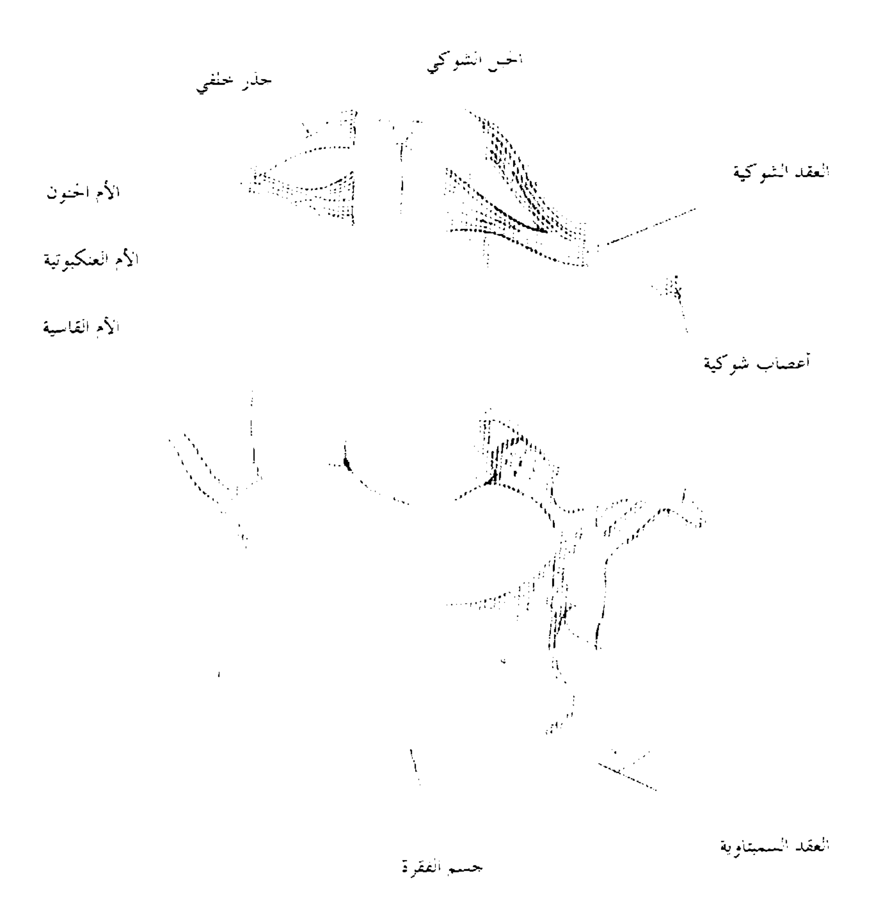
- البطين الرابع Fourth Ventricle: وهو بطين معيني الشكل تقريباً، يحده المخيخ من الخلف، والقنطرة الدماغية مع القسم العلوي للنخاع المستطيل من الأمام، ويتصل من الأعلى بالبطين الثالث بواسطة قناة البزل، أما من الأسفل فيتصل بالقناة المركزية للنخاع المستطيل.

النخاع الشوكي Spinal Cord:

هو عبارة عن كتلة أسطوانية طويلة من النسيج العصبي المركزي، ويمثل النخاع الشوكي القناة الفقرية الطويلة، يبدأ من الفتحة العظيمة للجمجمة (Foramen Magnum)، وينتهي خلال هذه القناة عند أسفل الفقرة القطنية الأولى.

ويبلغ طوله حوالي ٤٥ سم (١٨ إنج)، وهو أقل من طول القناة الفقرية التي تمتد إلى الأسفل أكثر من طول النخاع الشوكي، وعند الطفولة يشغل النخاع الشوكي جزءاً أكبر داخل القناة الفقرية.

يحاط النخاع الشوكي بثلاث طبقات غشائية كما في أغلفة الدماغ، وهي الأغشية السحائية الثلاثة، إلا أن غشاء الأم القاسية داخل القناة الفقرية يكون حراً ولا يلتحم بسمحاق الفقرات، كما أن غشاء الأم القاسية وغشاء الأم العنكبوتية يستمران في طولهما إلى الأسفل داخل القناة الفقرية أكثر من النخاع الشوكي والأم الحنون الملتصقة عليه، وبذلك تكون الفسحة تحت العنكبوتية مستمرة حتى نهاية القناة الفقرية، مما يسهل في عملية البزل القطني (Lumbar Puncture)، وسحب النموذج من السائل الدماغي الشوكي لأغراض التشخيصات الطبية.



مقطع في أغشية النخاع الشوكي

ويخرج من النخاع الشوكي أزواج متقابلة من الأعصاب، تسمى الأوصال الشوكية (Spinal Segments)، ويبلغ عددها واحد وثلاثون زوجاً، هم:

١- ثمانية أزواج عنقية، (أي تخرج من المنطقة العنقية في الحبل الشوكي).

٢- اثنا عشر زوجاً صدرية، (أي تخرج من المنطقة الصدرية في الحبل الشوكي).

٣- خمسة أزواج قطنية، (تخرج من المنطقة القطنية في الحبل الشوكي).

٤- خمسة أزواج عجزية، (تخرج من المنطقة العجزية في الحبل الشوكي).

٥- زوج واحد من الأعصاب، يسمى العصعصي؛ لأنه يخرج من المنطقة العصعصية في الحبل الشوكي.

وتنشأ من هذه الأوصال الأعصاب المحيطية الشوكية، إذ يحتوي النخاع الشوكي على طبقة سنجابية داخلية تنشأ منها الأعصاب المحيطية، وطبقة بيضاء خارجية متكونة من ألياف عصبية صاعدة أو نازلة.

المقطع العرضي في النخاع الشوكي

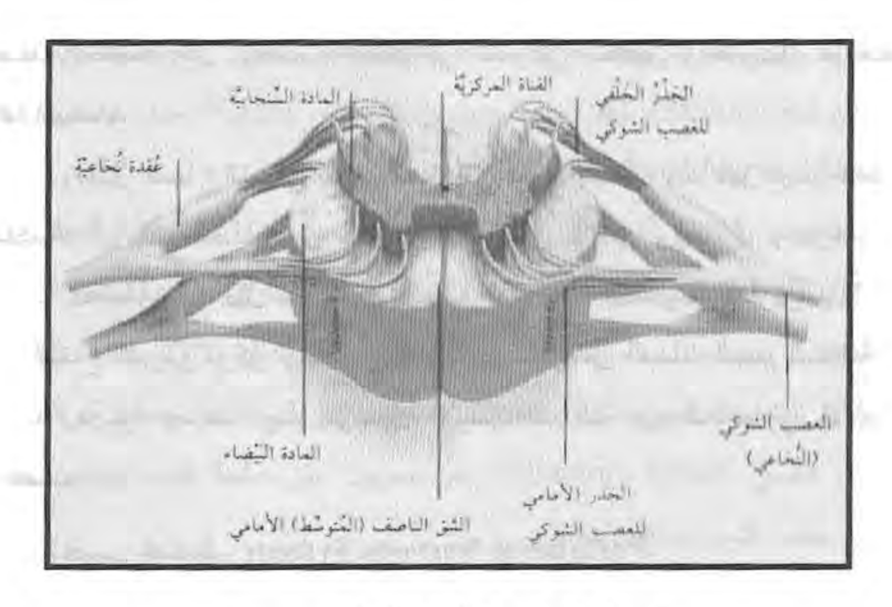
TRANSVERSE SECTION OF THE SPINAL CORD

يبدو النخاع الشوكي في المقطع العرضي بيضوياً، وتظهر عليه منطقتان متميزتان، هما المادة السنجابية المحيطة بالقناة المركزية للنخاع الشوكي (Central Canal) والمادة البيضاء التي تحيط بالمادة السنجابية، أي أن المادة السنجابية تكون في الداخل، والمادة البيضاء تكون إلى الخارج على العكس مما في المخ والمخيخ.

المادة السنجابية Grey Matter:

تتكون هذه المادة من خلايا عصبية متجمعة بشكل الحرف (H) تقريباً، وتوجد في مركزة القناة المركزية للنخاع الشوكي، وتحاط المادة السنجابية بالمادة البيضاء من جميع الجوانب.

ينقسم المقطع العرضي للنخاع الشوكي إلى نصفين بواسطة حزين، أحدهماأمامي والآخر خلفي يمثلان المقطع العرضي للميزاب الأمامي الأوسطnterior Median Fissure) والحز الطولي الخلفـــي الأوسط(Posterior Median Sulcus)، وفي كل من هذين النصفين يمتد ضلع من ضلعي الحرف (H) للمادة السنجابية، ولهذا الضلع رأسان، رأس أمامي يسمى القرن الأمامي (Anterior Horn)، ورأس خلفي يسمى القرن الخلفي (Posterior Horn).



مقطع عرضي من النخاع الشوكي

ويبرز من منتصف الضلع قرن ثالث يمتد وحشياً، ويسمى القرن الوحشي (Lateral Horn)، وتمثل هذه القرون السنجابية المقاطع العرضية للأعمدة السنجابية، وهي:

أ- العمودان الأماميان السنجابيان Anterior Columns.

ب- العمودان الخلفيان السنجابيان Posterior Columns.

ج- العمودان الوحشيان السنجابيان Lateral Columns.

وتمثل الخلايا العصبية للعمودين الأماميين مراكز نشوء الأعصاب المحيطية المحركة، أما خلايا العمودين الخلفيين فتمثل مراكز اتصال الأعصاب المحيطية الحسية.

المادة البيضاء White Matter:

هي عبارة عن ألياف عصبية، إما صاعدة إلى الدماغ وإما نازلة منه، وتنتظم

بشكل حزم عصبية متجانسة، بعضها قصير، وبعضها طويل، تتخذ موقعها حسب وظائفها، فالأعصاب الخاصة للحركة تنتظم في العمودين الأماميين، أما الألياف العصبية الخاصة بنقل الإحساس فتنتظم في العمودين الخلفيين والعموديين الوحشيين للمادة البيضاء.

ويعتبر النخاع الشوكي امتداد الدماغ في جذع الإنسان، ولذا فهو مركز للأفعال المنعكسة، أي التي تحدث دون عمليات الدماغ من التفكير والذاكرة، وغيرهما من العمليات العقلية، وذلك مثل سحب اليد السريع الذي ينتج عند الوخز بدبوس مثلاً، كما يعتبر النخاع الشوكي مركز توصيل وسيطاً للإحساسات من أعضاء الجسم المختلفة إلى الدماغ، ومركزاً وسيطاً أيضاً لتوصيل الأوامر الحركية من الدماغ إلى الأطراف والأعضاء.

الجهاز العصبي المحيطي Peripheral Nervous System:

يتكون الجهاز العصبي المحيطي في الجسم من الأعصاب المحيطية الناشئة من الجهاز العصبي المركزي، والموزعة على الجسم. وقد سمي هذا الجهاز بالمحيطي؛ لأن الجهاز العصبي المركزي يحتل محور الجسم، وأن جميع أجزاء الجسم الأخرى تحيط بهذا المحور، وأن الأعصاب التي تجهز هذه الأجزاء الجسمية في المحيط تسمى بالأعصاب المحيطية، وهي نوعان:

أ- الأعصاب القحفية Cranial Nerves: وعددها اثنا عشر زوجاً من الأعصاب الناشئة من الدماغ، والتي تخترق القحف خلال فتحات خاصة متجهة نحو الأجزاء الجسمية المختلفة.

ب- الأعصاب الشوكية Spinal Nerves: وعددها واحد وثلاثون زوجاً من الأعصاب الناشئة من النخاع الشوكي، والتي تمتد إلى أجزاء الجسم المختلفة بالنخاع الشوكي بما فيها الأطراف العليا والسفلى والجذع بكامله.

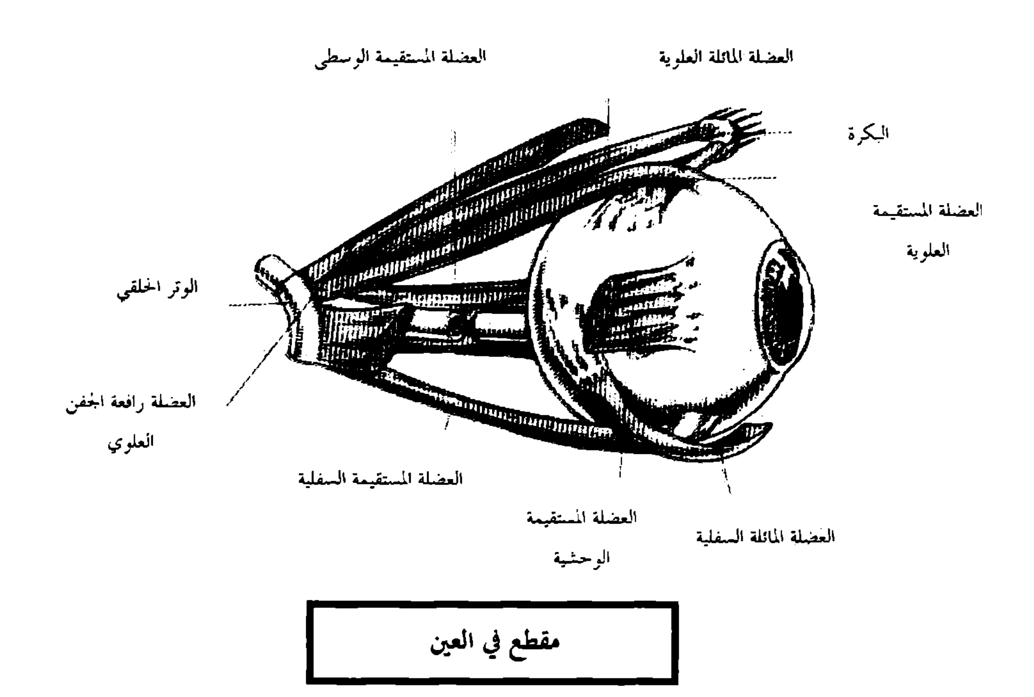
أ- الأعصاب القحفية **Cranial Nerves**: وهي الأعصاب التي تخرج من الجمجمة (القحف)، وعددها اثنا عشر زوجاً من الأعصاب، تتصل جميعها بالجذع الدماغي

(rain Stem)، ما عدا العصب القحفي الأول (الشمي) الذي يتصل مباشرة بالفص الشمي لنصف كرة المخ (Olfactory Lobe)، وجميع الأعصاب القحفية تخترق القحف خلال فتحات خاصة عند قاعدة الجمجمة، وتكون إما حسية (Sensory)، وإماحركية (Motor)، وقد يختلط بعضها للإحساس والحركة معاً، فيسمى بالعصب المختلط (Mixed Nerve)، وهذه الأعصاب هي:

١. العصب الشمي **Olfactory Nerve**: ويسمى أيضاً بالعصب القحفي الأول، ويتكون من أعصاب حسية دقيقة، يبلغ عددها حوالي عشرين عصباً صغيراً، تبدأ هذه الأعصاب عند الغشاء المخاطي الذي يبطن القسم العلوي من الأنف، وتتجه إلى الأعلى لتخترق الصفيحة المنخلية (Cribriform) للعظم الغربالي لتدخل نصف كرةالمخ خلال الفص الشمي (Olfactory Lobe)وهو مسؤول عن حاسة الشم، ويؤدي تلفه إلى فقدان حاسة الشم (Anosmia).

٢. العصب البصري **Optic Nerve**: ويسمى أيضاً العصب القحفي الثاني، ويختص بوظيفة الإبصار، وهو عصب حسي يبدأ عند شبكية العين، ثم تجتمع أليافه العصبية فتخترق القسم الخلفي لكرة العين، مكونة العصب البصري الذي يتجه خلفاً عبر القسم الخلفي لمحجر العين، يدخل جوف القحف خلال فتحة خاصة به، تسمى بفتحة العصب البصري (Optic Foramen)، ثم يلتقي بنظيره من العين الأخرى، ويتقاطع معه جزئياً في منطقة التصالب البصري (Optic Chiasma)، ويستقر هذا التقاطع على الحجاب النخامي (Diaphragma Sellae) الذي يغطي الغدة النخامية، ثم يستمر كل من العصبين البصريين على استقامته بعد منطقة التقاطع، ولكنه يسمى عندئذ بالمسار البصري(Optic Tract)، ويبلغ طول العصب البصري من منشئه حتى منطقة التقاطع حوالي أربعة سنتمترات.

ويمتد كل من المسارين البصرين باتجاه خلفي – وحشي فيلتف حول الساق المخي (Cerebral Peduncle)، ليدخل الدماغ خلال قسمه الخلفي، ويعمل على نقل صورة الشيء المرئي إلى قشرة الدماغ.



مقطع في العين

٣. **العصب (البصري - الحركي) Occulomotor**: ويسمى أيضاً العصب القحفي الثالث، وهذا العصب يحرك جميع عضلات كرة العين باستثناء عضلتين فقط، هما العضلة المستقيمة الوحشية، والعضلة العينية المائلة العليا، ويجهز هذا العصب أيضاً العاصرة البؤبؤية (Sphincter Pupillae)، والعضلات الدقيقة الموجودة داخل الجسم الهدبي (Ciliary Body)، وهي عضلات تسيطر على تكييف مقدار التحدب في عدسة العين لتمكن الشخص من رؤية الأجسام على مسافات مختلفة البُعد بوضوح، ويسبب تلف هذا العصب هبوط الجفن، والحَوَل (الرؤيا المزدوجة).

٤. **العصب البكري Trochlear Nerve**: ويسمى أيضاً العصب القحفي الرابع، ويعتبر من أرفع وأدق الأعصاب القحفية، وهو محرك لإحدى العضلات التي تحرك مقلة العين، وهي العضلة العينية المائلة العليا (Superior Oblique)، ويخرج من جوف القحف ليدخل محجر العين خلال الشق المحجري العلوي Superior Orbital

(Fissure)، ويسبب تلفه ضعف حركات العين، وازدواجية الرؤية، خاصة عند النظر للداخل والأسفل.

٥. **العصب الثلاثي التوائم Trigeminal Nerve**: ويسمى أيضاً العصب القحفي الخامس، ويعتبر أكبر الأعصاب القحفية، وهو عصب مختلط (حسي وحركي)، تنقل أليافه الحسية الاحساسات من نصف فروة الرأس الأمامي والوجه والفم، أما أليافه المحركة فتجهز العضلات الماضغة، ويتفرع هذا العصب إلى ثلاثة فروع رئيسية؛ لذا يسمى بالعصب الثلاثي التوائم، وهذه الفروع هي:

I- العصب العيني Ophthalmic Nerve: هو أصغر فروع العصب الثلاثي، ويكون حسياً فقط يدخل محجر العين خلال الشق المحجري العلوي (Superior Orbital Fissure)، وتخرج بعض أليافه الحسية من محجر العين إلى الجبهة خلال الثلمة فوق المحجرية (Supraorbital Notch)، فتجهز أليافه كرة العين، والغدد الدمعية والملتحمة (Conjunctiva)، وكذلك بطانة الأنف، كما تجهز الجلد الذي يغطي الأنف والأجفان العليا والجبهة ومعظم فروة الرأس.

II- العصب الفقمي Maxillary Nerve: وهو عصب حسي يبرز على الوجه بعد اختراقه الفتحة تحت المحجرية (Infra Orbital Foramen).

ويسمى هنا بالعصب تحت المحجر (Infra Orbital Nerve) تجهز أليافه الحسية الأنف والأجفان السفلى والخد والشفة العليا واللثة العليا والأسنان العليا.

V- عصب الفك السفلي Mandibular Nerve: وهو أكبر فروع العصب الثلاثي، ويكون عصباً مختلطاً؛ إذ يبرز على الفك الأسفل خلال الفتحة البيضوية (Foramen Ovale) للعظم السفني.

تجهز أليافه المحركة عضلات المضغ، أما أليافه الحسية فتجهز ملحقات الفك السفلي، كالأسنان السفلى واللثة السفلى والشفة السفلى وصوان الأذن والمنطقة الصدغية، وكذلك الجزء السفلي من الوجه والثلثين الأماميين من اللسان وقاع الفم.

١. العصب المفرقAbducent Nerve:

ويسمى أيضاً العصب القحفي السادس الذي يجهز العضلة العينية المستقيمة الوحشية التي تحرك كرة العين، بحيث تتجه القرنية وحشياً؛ لذا فهو عصب محرك يبعد قرنية العين عن المنصف الجسمي.

يدخل هذا العصب محجر العين خلال الشق المحجري العلوي؛ ليصل إلى العضلة المذكورة، ويسبب تلفه ازدواجية الرؤية وحَوَل جامع.

٢. العصب الوجهي Facial Nerve:

ويسمى العصب القحفي السابع، ويكون مختلطاً للحس والحركة، يخترق هذا العصب القحف، فيمر خلال قناة خاصة تسمى قناة العصب الوجهي (Facial Canal)، ومنها يبرز العصب خلال الفتحة الإبرية الحلمية (Stylomastoid Foramen) ليدفن نفسه في الغدة النكفية (Parotid Gland)، وبعد أن يصل خلف فرع الفك السفلي (Ramus Of the Mandible)، يتفرع إلى عدة فروع تخترق الغدة النكفية، وتشكل شبكة عصبية تسمى الشبكة النكفية (Parotid Plexus) التي تجهز عضلات الوجه التعبيرية، ويشمل بالإضافة إلى ذلك جزءاً خاصاً بإحساس التذوق ينقله من الثلثين الأماميين من اللسان، وجزءاً باراسمبثاوي خاصاً بالغدد اللعابية، ولذا فإن هذا العصب يعمل إرادياً (كمحرك لعضلات الوجه)، ويعمل لاإرادياً ضمن الجهاز العصبي المستقل (في جزئه الباراسمبثاوي)، ويسبب تلف هذا العصب شلل بِل(Bell s Palsy) الذي يتصف بعدم القدرة على غلق العين، وعدم القدرة على الصفير بالشفتين، وخروج اللعاب من الجهة المصابة من الفم.

٣. العصب السمعي Auditory Nerve:

ويسمى أيضاً العصب القحفي الثامن، والعصب السمعي الدهليزي القوقعي، ويتكون هذا العصب من جذرين عصبيين حسيين، أحدهما سمعي يبدأ من قوقعة الأذن (chlca)مسؤول عن نقل حاسة السمع،والآخر توازني يبدأ من دهليز الأذن (Vestibule) لذا يسمى أيضاً بالعصب التوازني- السمعي (Vestibule - Cochlear Nerve)، وهو

مسؤول عن حفظ التوازن ووضعية الرأس.

٤. العصب اللساني – البلعومي Pharyngeal Nervc- Glosso:

وهو العصب القحفي التاسع، ويكون حسياً – حركياً مختلطاً، يختص باللسان والبلعوم فقط.

ويخرج من جوف القحف خلال الفتح الوداجية (Foramen Jugular)،يرسل فرعاً محركاً لإحدى عضلات البلعوم، أما الفروع الحسية فتجهز البلعوم واللوزتين والثلث الخلفي من اللسان لنقل الاحساسات العامة والذوقية.

٥. العصب التائه (الحائر) Vagus Nerve:

ويسمى العصب القحفي العاشر، وهو عصب حسي – حركي مختلط، يترك جوف القحف خلال الفتحة الوداجية (Jugular Foramen)، ويمر نازلاً في الرقبة مصاحباً الوريد الوداجي الداخلي والشريان السباتي الداخلي، ثم مع الشريان السباتي العام.

يجهز هذا العصب جميع الأجزاء التي يمر بها أثناء مسيرته، ثم ينتهي تائهاً في الأمعاء.

تنقل الألياف العصبية لهذا العصب الإحساسات من الحنجرة والقصبة الهوائية وتفرعاتها، ومن الرئة وأغلفتها، ومن القلب وأغلفته، ثم المريء والمعدة والقسم العلوي من الأمعاء.

أما أليافه المحركة فتجهز عضلات البلعوم والحنجرة، وفي الحقيقة إن الألياف المحركة في هذا العصب لا تعود إليه، وإنما ترافقه بعد انفصالها من العصب القحفي الحادي عشر عند أسفل الفتحة الوداجية، فيوصلها معه إلى العضلات المذكورة، كذلك يزود الألياف العضلية اللاإرادية الموجودة في منطقة انتشاره.

٦. العصب اللاحق Accessory Nerve:

وهو العصب القحفي الحادي عشر، ويسمى أيضاً العصب الشوكي Spinal Nerve، وهو عصب محرك ذو جذرين، يتصل الجذر الأول بالدماغ في منطقة النخاع

المستطيل، ويسمى بالجذر القحفي Cranal Root، ويتصل الجذر الثاني بالأوصال الرقبية الخمس العليا للنخاع الشوكي، ويسمى بالجذر الشوكي Spinal Root، ويخرج هذا العصب بجزئيه من القحف خلال الفتحة الوداجية Jugular Foramen، حيث ينفصل جزؤه القحفي ليلتحق بالعصب التائه؛ ليوصله إلى عضلات البلعوم والحنجرة لتجهيزهما بألياف محركة.

أما الجزء الشوكي فيجهز العضلة المربعة المنحرفة والعضلة القصية الترقوية الحلمية بألياف عصبية محركة.

٧. العصب تحت اللساني Hypoglossal Nerve:

وهو العصب القحفي الثاني عشر، وهو عصب محرك يترك جوف الجمجمة خلال فتحة خاصة به، تسمى بفتحة القناة تحت اللسانية، ويصل اللسان فيجهز عضلاته بألياف عصبية محركة.

ويعتبر العصب المحرك لعضلات اللسان، ويسبب تلفه من جهة واحدة صغر حجم اللسان ولكنة مؤقتة Dysarthria، أما إصابة العصبين من الجهتين فيسبب ضمور اللسان ولكنة دائمة.

ب- الأعصاب الشوكية Spinal Nerves: وهي الأعصاب التي تخرج من النخاع الشوكي، وعددها واحد وثلاثون زوجاً على كل جانب من جانبي النخاع الشوكي، تتصل بأوصال النخاع الشوكي، إذ يتصل بكل منها عصب على كل جانب، وتتوزع هذه الأعصاب على طول النخاع الشوكي، وتسمى حسب مواقعها كما يلي:

١- الأعصاب الشوكية العنقية Cervical Spinal Nerves: وعددها ثمانية أعصاب على كل جانب، يتصل العصب الأول بالنخاع الشوكي فوق الفقرة العنقية الأولى، والعصب الثاني أسفلها، وهكذا بقية الأعصاب حتى العصب العنقي الثامن الذي يكون أسفل الفقرة العنقية السابعة، أي أن عدد الأعصاب الشوكية في العنق أكثر من عدد الفقرات العنقية بواحد فقط.

تزود هذه الأعصاب بصورة عامة العنق بما فيه من عضلات، كذلك تنقل الإحساسات من مناطقها المختلفة باستثناء المناطق التي تزودها الأعصاب القحفية، وتسهم الأعصاب العنقية في تزويد معظم الطرف العلوي بالأعصاب الحسية والحركية.

٢- الأعصاب الشوكية الصدرية Thoracic Spinal Nerves: وعددها اثناعشر عصباً على كل جانب، يتصل كل منها بالنخاع الشوكي أسفل الفقرة الصدرية الموافقة له بالعدد، فيكون العصب الصدري الأول أسفل الفقرة الصدرية الأولى، أما العصب الصدري الثاني عشر فيكون أسفل الفقرة الصدرية الثانية عشرة، ويسمى بالعصب تحت الضلعي (Subcostal Nerve)، وتزود هذه الأعصاب منطقة الصدر بصورة رئيسية وجزءاً قليلاً من الطرف العلوي،وكذلك تجهز جزءاً كبيراً من الجدار الأمامي للبطن وعضلات الظهر.

تنقسم كل من هذه الأعصاب إلى فرعين، أحدهما أمامي والآخر خلفي. يمتد الفرع الأمامي خلال المسافات بين الضلعية مكوناً ما يسمى بالأعصاب الضلعية Intercostals.

٣- الأعصاب الشوكية القطنية Lumbar Spinal Nerves: وعددها خمسة أعصاب على كل جانب، تتصل بالنخاع الشوكي على غرار الأعصاب الصدرية، تخرج من المنطقة القطنية، وتزود القسم السفلي من الجدار الأمامي والخلفي للبطن وجزءاً كبيراً من الطرف السفلي.

٤- الأعصاب الشوكية العجزية Sacral Spinal Nerves: وعددها خمسة أعصاب على كل جانب، تتصل بالنخاع الشوكي على غرار الأعصاب الصدرية والقطنية، تخرج من المنطقة العجزية، وتزود الأطراف السفلية.

٥- العصب الشوكي العصعصي Coccygeal Spinal Nerve: هو عصب واحد على كل جانب، ويلحق بالأعصاب العجزية.

أجزاء العصب الشوكي:

يتكون كل عصب شوكي من جذرين، أحدهما أمامي يسمى بالجذر الأمامي

(Anterior Root)، والآخر خلفي يسمى بالجذر الخلفي (Posterior Root)، يتصل الجذر الأمامي بالقرن الأمامي للنخاع الشوكي، أما الجذر الخلفي فيتصل بالقرن الخلفي للنخاع الشوكي.

ويتصل الجذران مع بعضهما خارج القناة الفقرية، فيكوّنان الجذع الرئيسي للعصب (Nerve Trunk)، ويحمل هذا الجذع نوعين من الألياف العصبية؛ لذلك يكون عصباً مختلطاً للحس والحركة. فالألياف الحركية تسير خلال الجذر الأمامي بعد صدورها من النخاع الشوكي، أما الألياف الحسية فتسير خلال الجذر الخلفي لتدخل النخاع الشوكي.

يحمل الجذر الخلفي لكل عصب عقدة تسمى باسمه، أي عقدة الجذر الخلفي (Posterior Root Ganglion)، تتكون من خلايا عصبية تنشأ منها استطالات محيطية تنقل الإحساسات من مختلف أنحاء الجسم، أما استطالاتها المركزية فتمتد نحو النخاع الشوكي، لنقل الإحساسات إلى النخاع الشوكي بعد دخولها خلال القرن الخلفي.

ينقسم كل جذع عصبي إلى فرعين، أحدهما أمامي يسمى بالفرع البطني (Ventral Ramus) يزود العضلات، ويجمع الإحساسات من منطقة توزيعه.

أما الفرع الثاني فهو فرع خلفي، يسمى بالفرع الظهري (Dorsal Ramus) يزود العضلات، ويجمع الاحساسات من منطقة توزيعه.

إن الفروع البطنية المتقاربة في بعض المناطق تشكل مع بعضها شبكات عصبية (Nerve Plexuses) تصدر منها أعصاب جديدة تزود الأجزاء المختلفة من الجسم، وخلال هذه الشبكات تنتقل الألياف العصبية من مستوياتها المختلفة إلى المستويات الأخرى. وأهم هذه الشبكات هي:

أ- الشبكة العصبية العنقية **Cervical Plexus**.

ب- الشبكة العصبية العضدية **Brachial Plexus**.

ج- الشبكة العصبية القطنية – العجزية **Sacral Plexus – Lumbo**.

أ- الشبكة العصبية العنقية **Cervical Plexus**: تتكون هذه الشبكة من الفروع الأمامية للأعصاب الشوكية العنقية الأربعة الأولى. وتتخذ موقعاً عميقاً في أعلى العنق، وتنشأ منها أعصاب حسية كثيرة تذهب بصورة رئيسية إلى الجلد لتنقل الإحساس منه، وأعصاب محركة إلى عضلات العنق. وتسهم هذه الشبكة أيضاً في تكوين العصب الحجابي (Phrenic Nerve)، والذي ينشأ من العصب العنقي الثالث والرابع والخامس.

ب- الشبكة العصبية العضدية **Plexus Brachial** : تتكون هذه الشبكة من الفروع الأمامية للأعصاب الرقبية الأربعة الأخيرة والفرع الأمامي للعصب الصدري الأول، حيث تقع في أسفل العنق وخلف عظم الترقوة وفي أعلى الإبط. تنشأ منها أعصاب الطرف العلوي التي تقع في الإبط عند منشئها، وأهمها:

١) العصب الإبطي (Axillary Nerve): يمر هذا العصب بعد نشوئه من الشبكة العضدية حول الرقبة الجراحية لعظم العضد (Surgical Neck)، وأسفل مفصل الكتف ليزود العضلة الدالية ومفصل الكتف والجلد المحيط بهذه المنطقة.

٢) العصب الكعبري Radial Nerve: يمر هذا العصب بعد خروجه من منطقة الإبط حول السطح الخلفي لعظم العضد، ماراً خلال الميزاب الكعبري (الحلزوني) لعظم العضد. ويزود العضلة ذات الرؤوس الثلاث العضدية وجميع عضلات المجموعة الخلفية للساعد، كما يجهز أليافاً حسية لنقل الاحساسات من الجلد الذي يغطي المنطقة الخلفية لكل من العضد والساعد، والناحية الوحشية لظاهر الكف والسطح الظهري للأصابع الثلاثة الوحشية، وقسماً من البصر. وقد يتعرض هذا العصب للتلف في قسمه العلوي، فيسبب ما يسمى بالرسغ الساقط (Wrist Drop)، وفيها لا يستطيع المصاب بسط رسغه أو أصابعه.

١- العصب الزندي Ulnar Nerve: بعد خروج هذا العصب من منطقة الإبط يدخل منطقة العضد مرافقاً للشريان العضدي على طول الناحية الأنسية للعضد، ثم يمر خلف اللقمة الأنسية للعضد (Medial Epicondyle) ليصل الناحية الأنسية لمنطقة

الساعد.

يزود هذا العصب بعض عضلات المجموعة الأمامية للساعد ومعظم عضلات الكف ما عدا العضلات القصيرة للإبهام. ويزود هذا العصب أيضاً أليافاً حسية لنقل الإحساس من الناحية الأنسية لظهر الكف وراحته والإصبع الخنصر، وقسماً من إصبع البنصر. إن مرور هذا العصب خلف اللقمة الأنسية للعضد تمكن الفاحص من تلمسه باليد، وإن الضغط بشدة عليه في هذه المنطقة يسبب الشعور بالتنمل أو الألم (حسب شدة الضغط) في الناحية الأنسية للكف والإصبع الخنصر بصورة خاصة. ويسبب تلف هذا العصب حالة الكف المعكوف Clow Hand.

٢- العصب الوسطي Median Nerve: بعد خروج هذا العصب من منطقة الإبط يدخل منطقة العضد، ويصاحب الشريان العضدي على طول الناحية الأنسية للعضد، ثم يدخل منطقة الساعد ماراً بمنتصفه.

يزود هذا العصب قسماً كبيراً من عضلات المجموعة الأمامية للساعد، وقسماً من عضلات الكف،وخاصة العضلات القصيرة للإبهام. ويزود هذا العصب أليافاً حسية لنقل الإحساس من القسم الوحشي لراحة الكف، ومن السطح الأمامي للأصابع الثلاثة الوحشية، وقسماً من الإصبع البنصر.

ويسبب تلف هذا العصب ضموراً في معظم العضلات القصيرة لإصبع الإبهام وعضلات الساعد الأمامية، كما يسبب فقدان الإحساس في الجلد على السطح الأمامي للأصابع الثلاثة الوحشية والقسم الوحشي لراحة الكف، كما يسبب ضعفاً في عملية ضم الأصابع والرُسغ وعملية بطح الساعد.

ج- الشبكة العصبية القطنية – العجزية Socral Plexus – Lumbo:

وهي شبكة كبيرة تشترك في تكوينها الفروع الأمامية للأعصاب القطنية والعجزية، وتقع في القسم الخلفي لعضلة القطن الكبيرة، وأمام النتوءات المستعرضة للفقرات القطنية، أما جزؤها السفلي (العجزي) فيقع أمام الناحية الوحشية لعظم العجز.

تنشأ من هذه الشبكة فروع عصبية مهمة، منها:

١- العصب الفخذي **Femoral Nerve**:يمر هذا العصب خلال ألياف عضلة القطن الكبيرة، ثم يخرج من حافتها الوحشية ويمر في الحوض، ومنه إلى الفخذ عابراً خلف منتصف الرباط المغبني قريباً من الشريان الفخذي، فيدخل المثلث الفخذي (riangle Fcmoral)، ثم ينقسم إلى فروعه النهائية التي تزود المجموعة الأمامية لعضلات الفخذ،وخاصة العضلة ذات الرؤوس الأربع الفخذية، والعضلة الخياطية (Sartorius)، كما يجهز أليافاً حسية لنقل الإحساس من الجلد الذي يغطي السطحين الأمامي والأنسي للفخذ والناحية الأنسية للساق.

٢- العصـــب الساد **Obturator Nerve**: يخرج هذا العصب من الحوض إلى الفخذ خلال فتحة الساد (Obturator Foramen)، فيظهر على الناحية الأنسية للفخذ ليزود عضلات المجموعة الأنسية، والمسماة بالعضلات المقربة (Adductor Muscles).

٣- العصب الوركي **Sciatic Nerve**: وهو أكبر أعصاب الجسم، ينشأ من الشبكة العصبية القطنية – العجزية أمام القسم الوحشي للوجه الأمامي لعظم العجز، ثم يخرج من الحوض خلال الثلمة الوركية الكبرى (Greater Sciatic Foramen)؛ ليدخل منطقة الإلية، ماراً بين المدورين (المدور الكبير لعظم الفخذ (Greater Trochanter) والمدور الوركي (Ischial Tubeorsity)، ثم ينزل إلى الأسفل بمحاذاة المنصف الفخذي الخلفي متجهاً نحو الفسحة المأبضية (Popliteal Fossa).

وعند الثلث السفلي للفخذ تقريباً ينقسم إلى فرعين يدخلان الفسحة المأبضية، هما العصبان المأبضيان الأنسي والوحشي، فالعصب المأبضي الوحشي(Nerve Lateral Popliteal) يجتاز الفسحة المأبضية في قسمها الوحشي، ثم ينزل إلى الساق ماراً خلف رأس عظم الشظية، فيسمى بالعصب الشظوي العام(Common Personal Nervc). أما العصب المأبضي الأنسي Medial Popliteal Nerve، فيمتد على استقامة العصب الوركي ليجتاز الفسحة المأبضية في قسمها الأنسي، ثم ينزل إلى الساق ليستمر مكوناً العصب القصبي (Tibial Nerve).

I- العصب الشظوي العامCommom Peroneal: يبدأ خلف رأس الشظية كاستمرار للعصب المأبضي الوحشي، حيث يمكن تلمسه باليد في هذه المنطقة.

يزود هذا العصب عضلات المجموعتين الأمامية والوحشية للساق، كما ينقل الإحساسات فـــي أقسام الساق الأمامية والوحشية، ومن جزء من قسمه الخلفي ، وكذلك من السطح الظهري للقدم.

II- العصب القصبيTibial Nerve: وهو استمرار العصب المأبضي الأنسي، ينزل إلى الأسفل بمحاذاة المنصف الخلفي للساق بين عضلات المجموعة الخلفية، حتى يصل منتصف المسافة بين المطرقة الأنسية (Mcdial Malleolus) ووتد العقب (Tendocalcaneus)، ثم يتخذ مساره عميقاً بين عضلات أخمص القدم.

يجهز هذا العصب جميع عضلات الساق الخلفية، وعضلات أخمص القدم بألياف عصبية محركة، كما يجهز أليافاً حسية لنقل الإحساسات من الجلد المغطي للسطح الخلفي للساق وأخمص القدم.

ثانياً: الجهاز العصبي الذاتي **Autonomic Nervous System**

وهو الجهاز الذي ينظم الأفعال الحيوية للأجزاء اللاإرادية في الجسم، يتصل الجهاز العصبي الذاتي بالجهاز العصبي المركزي في بعض أجزائه، كما تتمركز في بعض أجزاء الدماغ (كالدماغ الأوسط، والدماغ الخلفي) وفي النخاع الشوكي المراكز العليا للجهاز العصبي الذاتي.

لهذا الجهاز وظائف حيوية مهمة تختلف عن وظائف الجهاز العصبي المركزي؛ إذ يختص بتنظيم الأفعال الذاتية للأجزاء الأحشائية كالقلب، والأوعية الدموية، والعضلات الملساء في جدران القناة الهضمية، والمثانة، والحالب، وغيرها،كما لها تأثير مباشر على الغُدد العامة في الجسم باستثناء الغُدد الصماء التي يكون تأثيره عليها غير مباشر. وسُمي الجهاز العصبي الذاتي بهذا الاسم؛ لأن الأعضاء الأحشاء التي يزودها بالعصب تبدي تقلصات ذاتية بعد فصلها عن الجسم كلياً،ووضعها في وسط مناسب من التروية والتهوية، ولأن العقد العصبية الخاصة به توجـد خـارج

الجهاز العصبي المركزي.

مكونات الجهاز العصبي الذاتي:

١- العقد الذاتية Autonomic Ganglia.

٢- الألياف العصبية الذاتية Autonomic Nerve Fibers.

٣- الشبكات العصبية الذاتية Autonomic Plexuses.

تترتب هذه التراكيب الثلاثة بشكل جهازين عصبيين يختلفان عن بعضهما في كثير من الخصائص التشريحية والوظيفية، وفي قابلية الإثارة والتنبيه، وهما:

١- الجهاز العصبي السمبثاوي (الودي) Sympathetic Nervous System.

٢- الجهاز العصبي الباراسمبثاوي (نظير الودي)

Parasympathetic Nervous System.

وهذان الجهازان يعملان متوازيان، بحيث إذا ازداد نشاط أحدهما طبقاً لظروف معينة، فإن الآخر يخفض من نشاطه حتى لا يحدث تعارض بينهما، ويبدي كلاهما من الظروف العادية مقداراً مناسباً من النشاط.

١- الجهاز العصبي السمبثاوي (الودي) Sympathetic Nervous System:

يتكون هذا الجهاز من الأجزاء التالية:

- العُقد الذاتية الودية Sympathetic Ganglia.
- الألياف العصبية الذاتية الودية Sympathetic Nerve Fibers.
- الشبكات العصبية الذاتية الودية Sympathetic Nerve Plexuses.

تترتب العقد الودية بشكل سلسلة على كل جانب من جانبي العمود الفقري من جهته الأمامية، تسمى بالعقد الجانبية (Lateral Ganglia) بالنسبة لموقعها من النخاع الشوكي. وترتبط هذه العقد مع بعضها بألياف عصبية ودية، كما ترتبط بأوصال النخاع الشوكي بواسطة ألياف عصبية ودية أيضاً، وتكون قصيرة، وتسمى بالألياف الودية الواردة للعقد (Preganglionic Sympathetic N.F.)، أما الألياف العصبية الودية التي تصدر من العقد، وتمتد بعيداً عنها لتجهز الأجزاء الإرادية، فتسمى بالألياف الودية

الصادرة من العقد(Postganglionic Sympathetic N.F).

وتتوزع العقد الودية على مناطقها التالية:

١- العقد الودية العنقية Cervical Sympathctic Ganglia: وعددها ثلاث عقد فقط، وهي العقد العليا والوسطى والسفلى.

٢- العقد الودية الصدرية Thoracic Sympathetic Ganglia: وعددها اثنتا عشرة عقدة متوافقة مع الأوصال الصدرية للنخاع الشوكي.

٣- العقد الودية القطنية Lumbar Sympathetic Ganglia: وعددها أربع عقد متوافقة مع الأوصال القطنية للنخاع الشوكي.

٤- العقد الودية العجزية Sacral Sympathetic Ganglia: وعددها خمس عقد، متوافقة مع الأوصال العجزية للنخاع الشوكي.

تتجمع الألياف العصبية الصادرة من العقد في بعض المناطق مكونة شبكات عصبية تحيط بالأوعية الدموية الشريانية، وتسير معها لتصل الأنسجة المختلفة لتجهيزها، وتسمى بالشبكات الودية، وأهمها:

- الشبكة القلبية Cardiac Plexus التي تجهز القلب والرئة والأنسجة المجاورة.

- الشبكة الجوفية Coeliac Plexus والتي تمتد حول الشريان الجوفي Coeliac Artery، وتجهز قسماً كبيراً من أحشاء البطن.

- الشبكة العجزية (Hypogastric Plexus)، والتي تقع أمام عظم العجز بين الشريانين الحرقفين العامين (Common Iliac Arteries) لتجهيز أحشاء الحوض والأنسجة المجاورة.

يعمل الجهاز السمبثاوي على إعداد الجسم لمواجهة حالات الشدة التي تتمثل في القتال أو الهرب (Fight or Flight)؛ ولذا فهو يزيد من إنتاج الطاقة لعمل سائر الأجهزة، وبذلك يحفز وظائف الجسم المختلفة، ويرفع من أدائها وقدرتها، وذلك عن طريق الآتي:

١) زيادة عمليات التمثيل الغذائي: عندما يواجه الشخص موقفاً خطراً، أو شدة،

فإن هذا الجهاز يقوم بجلطة الشرايين التاجية عند مواجهة المواقف الشديدة جداً. أما بالنسبة لباقي بتنشيط الغدة الكظرية لإفراز هرمونات، فيزداد هرمون الأدرينالين، وينشط الكبد لتحويل الكلايكوجين إلى سكر الكلوكوز، فيرتفع نتيجة لذلك معدل السكر في الدم، ويرتفع معدل التمثيل الغذائي، ويترتب عليه زيادة إنتاج الطاقة اللازمة لأداء الجسم لوظائفه المختلفة.

٢) تغير نشاط القلب والأوعية الدموية: يقوم الجهاز السمبثاوي بتنشيط عضلة القلب، فيرفع من قدرتها على الانقباض، وعلى توصيل النبضات الكهربائية، وبالتالي يزداد مدفوع القلب من الدم، وهذا يتطلب زيادة الدم المغذي لعضلة القلب، فتتسع الشرايين التاجية للقيام بهذه الوظيفة، إلا أنه في بعض الأحيان تضيق هذه الشرايين بزيادة النشاط السمبثاوي، مما قد يؤدي إلى الإصابة الأوعية الدموية، فيضيق قطرها بزيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي عدا الأوعية الدموية المغذية للعضلات، فإنها تتسع، وبذلك يرتفع ضغط الدم الشرياني بشكل عام، فيزيد من ارتشاح الدم إلى خلايا المخ التي تكون بحاجة إلى المزيد لمواجهة الظروف الخطرة، كما تستطيع العضلات بزيادة تغذيتها مواجهة موقف القتال أو الهروب، ويتأخر إحساس الفرد بالإجهاد بسبب زيادة الوارد الدموي وعدم تراكم نواتج التمثيل الغذائي.

٣) زيادة نشاط الجهاز التنفسي: إن زيادة نشاط الجهاز السمبثاوي تزيد من نشاط جهاز الدوران، وهذا يتطلب زيادة الوارد من الأوكسجين إلى الأنسجة المختلفة، لذا فإن الجهاز التنفسي يؤدي هذه الوظيفة فتتسع الشعب الهوائية لتسمح بدخول كمية أكبر من الهواء، وبالتالي من الأوكسجين اللازم لمواجهة هذه التغيرات.

٤) تقليل نشاط الجهاز الهضمي: إن إثارة الجهاز السمبثاوي تؤدي إلى إفراز لعاب كثيف، قليل الماء، عالي التركيز بالخمائر، وهذا ما نلاحظه في الانفعالات الشديدة، إذ يجف الفم ويصعب البلع. كما يعمل الجهاز السمبثاوي على إثارة العضلات العاصرة للمعدة والأمعاء، فتتغلق الفتحات مع استرخاء عضلات جدار المعدة والأمعاء، وهذا يؤدي إلى قلة الحركة واستبقاء الطعام، وتقل قدرة المعدة والأمعاء على إفراز

العصارات الهاضمة، وإذا طالت فترة نشاط الجهاز السمبثاوي، فإن ذلك يسبب عُسر الهضم وتراكم الغازات والإمساك.

٥) زيادة نشاط الجهاز العضلي: تؤدي زيادة الدم الواصل إلى العضلات إلى اتساع الشرايين الموصلة إليها مع زيادة إفراز الناقلات العصبية الكيميائية الواصلة إلى العضلات، وهذا يزيد من توتر العضلات، مما يسبب رعشة في الأطراف أو اختلاجات في بعض عضلات الجسم.

٦) نقص إثارة الجهاز التناسلي: تؤدي زيادة نشاط الجهاز السمبثاوي إلى انقباض جدران الحويصلة المنوية فيحدث القذف، كما يؤدي إلى انقباض الأوعية في الأنسجة الإسفنجية في الأجهزة التناسلية، مما يؤدي إلى نقص الإثارة الجنسية.

٧) اختزان البول: يثير نشاط الجهاز السمبثاوي العضلات العاصرة، ويحدث استرخاء لجدران المثانة، فيسبب اختزان البول رغم زيادة الدم الواصل إلى الكليتين.

٢- الجهاز العصبي الباراسمبثاوي (نظير الودي) Parasympathetic Nervous System:

يتكون هذا الجهاز من الأجزاء التالية:

أ- العقد الذاتية نظيرة الودية Parasympathetic Ganglia.

ب- الألياف العصبية الذاتية نظيرة الودية Parasympathetic N.F.

إن العقد العصبية الباراسمبثاوية (نظيرة الودية) تختلف في ترتيبها عن العقد الودية، إذ تكون متناثرة في مواضع مختلفة من الجسم، وقريبة من الأنسجة التي تجهزها، فتسمى بالعقد المجاورة (Collateral Ganglia)، لذلك تكون الألياف العصبية الصادرة من هذه العقد قصيرة لقربها من الأنسجة، أما الألياف العصبية الواردة للعقد فتكون طويلة بالنسبة لنظيرتها في الجهاز العصبي السمبثاوي (الودي).

ولهذا الجهاز قسمان حسب المنشأ، وهما:

- القسم القحفي Cranial Part. - القسم العجزي Sacral Part.

يتكون القسم القحفي من العقد الباراسمبثاوية (نظيرة الودية) المتناثرة في الجسم والألياف العصبية الواردة للعقد التي تصلها بصحبة الأعصاب القحفية التالية:

١. العصب القحفي الثالث (المحرك العيني) Occulomotor.N: ترافقه ألياف باراسمبثاوية (نظيرة الودية)، تجهز عاصرة البؤبؤ بعد مرورها بعقدة خاصة داخل محجر العين.

٢. العصب القحفي السابع (العصب الوجهي) Facial.N: ترافقه ألياف عصبية باراسمبثاوية (نظيرة الودية)، تجهز قسماً من الغدد اللعابية بعد مرورها بعقدة خاصة قرب اللسان.

٣. العصب القحفي العاشر (العصب التائه) Vagus.N: ترافقه مجموعة كبيرة من الألياف العصبية تمر خلال عقد متناثرة تجهز القلب والقصبات الهوائية ومعظم الجهاز الهضمي.

أما القسم العجزي فيتكون من عقد عصبية متناثرة في جدران أحشاء الحوض، كالمثانة والرحم والمستقيم وغيرها، وتتصل أليافه الواردة للعقد بالأوصال العجزية للنخاع الشوكي. وعلى العكس من الجهاز السمبثاوي فإن الجهاز العصبي الباراسمبثاوي يعمل على إعداد الجسم لحالات الاسترخاء والهدوء، وتعويض فقدان الطاقة، فهو جهاز بنّاء (anabolic) في حين أن الجهاز العصبي السمبثاوي هو جهاز هدم (Catabolic) أي يسبب فقدان الطاقة، وذلك من خلال أدائه للوظائف التالية:

١) تقليل نشاط القلب والأوعية الدموية: يعمل هذا الجهاز على تثبيط عضلة القلب، فيقلل من قدرتها على الانقباض أو من معدل نبضات القلب وكفاءته على العمل، إذ إن إثارة الجهاز الباراسمبثاوي يؤدي إلى اتساع أقطار الأوعية الدموية بشكل عام ما عدا الشرايين التاجية فإنها تنقبض، ولكن توجد بعض الأوعية الدموية لا تخضع لسيطرة هذا الجهاز، مثل الأوعية الدموية التي تغذي الجلد والعضلات، فإنها تحت سيطرة الجهاز السمبثاوي فقط.

٢) تقليل نشاط الجهاز التنفسي: تضيق الشعب الهوائية، ويزداد إفرازها المخاطي، ويقل معدل التنفس، وهذا ما يحدث أثناء النوم.

٣) زيادة نشاط الجهاز الهضمي: تؤدي إثارة الجهاز البارسمبثاوي إلى تنشيط عملية الهضم والإخراج، حيث يثبط العضلات العاصرة فيؤدي إلى اتساعها، كما يساعد في

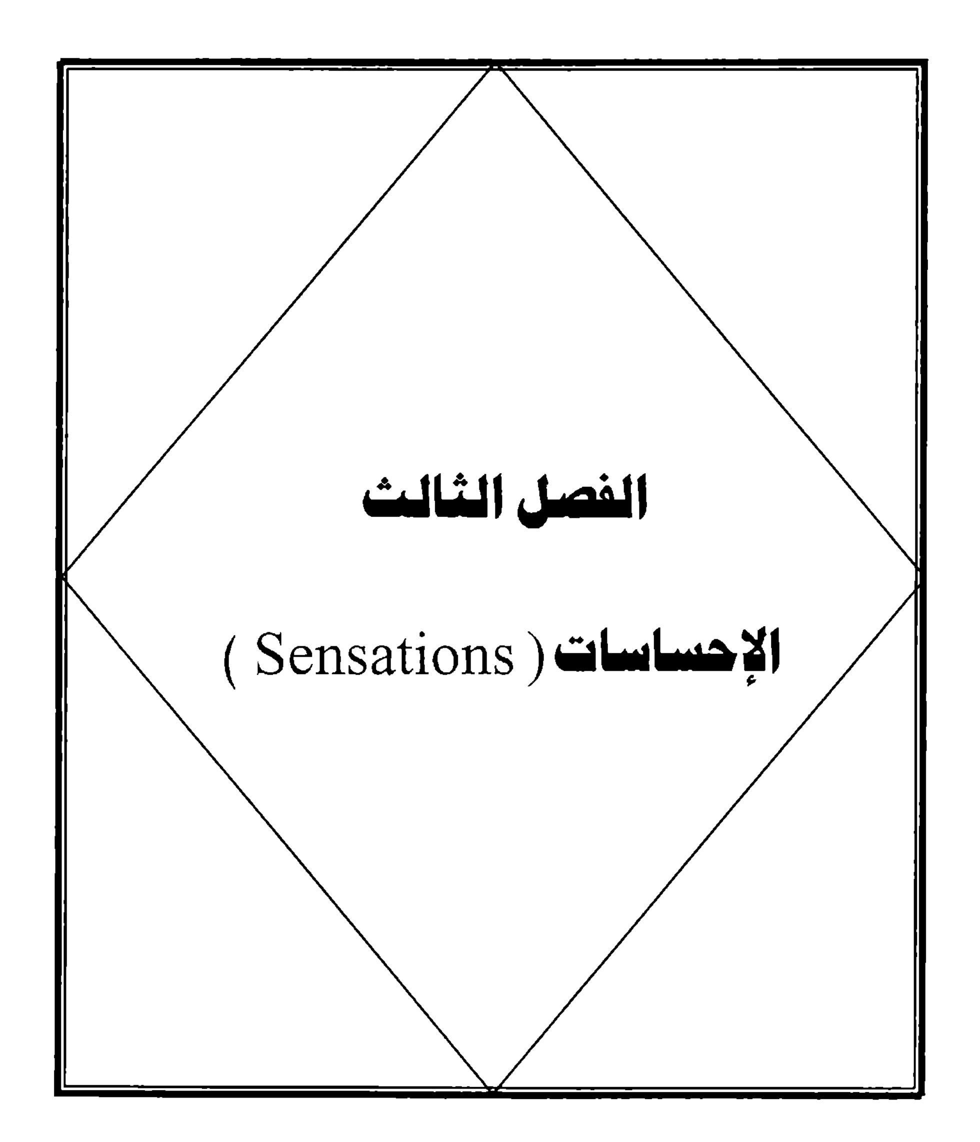
انقباض جدران الأمعاء، وبهذا يساعد على تفريغ المعدة والأمعاء والحويصلة الصفراوية، إضافة إلى محتويات المستقيم، كما يزيد من إفرازات المعدة والأمعاء.

٤) إثارة الجهاز التناسلي: تؤدي إثارة الجهاز العصبي الباراسمبثاوي إلى اتساع الأوعية الدموية في الأنسجة الإسفنجية القابلة للانتصاب في الجهاز التناسلي الذكري والأنثوي، مما يؤدي إلى حدوث الإثارة الجنسية.

٥) تيسير عملية التبول: وذلك عن طريق تثبيط العضلات العاصرة لفتحة المثانة وانقباض جدرانها فيحدث التبول.

إن الجهاز العصبي الذاتي يعمل تحت سيطرة منطقة تحت المهاد (المهيد) الذي يخضع بدوره لسيطرة القشرة المخية، ورغم أن الجهاز العصبي الذاتي لاإرادي في عمله، إلا أن هناك بعض الوظائف الخاصة به تخضع لتحكم إرادي، مثل عملية التبول والتبرز، حيث يساعد الجهاز العصبي السمبثاوي على اختزان البول والبراز، بينما يساعد الجهاز الباراسمبثاوي على التخلص منهما، ولكن هاتين الوظيفتين تخضعان لسيطرة إرادية عن طريق بعض الأعصاب اللاإرادية التي تحكم عضلات إرادية، تسمى العاصرة الخارجية، فحين تمتلئ المثانة أو المستقيم فإن الإنسان يشعر برغبة في الإخراج، ولكنه يُخضع ذلك لمقتضيات الظروف المحيطة به، فإذا كان الموقف مناسباً فإن القشرة المخية تقوم بإرسال إشارات مثبطة للعضلات العاصرة الخارجية (اللاإرادية) فتسترخي، وبذلك تعطي الفرصة لعمل الجهاز العصبي الباراسمبثاوي الذي يقوم بإخراج وطرح الفضلات، بينما إذا كان الموقف غير مناسب فإن العكس يحدث؛ إذ ترسل القشرة المخية نبضات منشطة تنقبض على أثرها العضلة العاصرة الخارجية (اللاإرادية)، فيثبط ذلك عمل الجهاز العصبي الباراسمبثاوي وينشط الجهاز السمبثاوي، فيمسك الإنسان عن الإخراج.

وهكذا نرى أن الجهاز العصبي الذاتي لا يعمل بشكل مستقل تماماً، ولكنه تحت السيطرة اللاإرادية؛ لكي يتم التوازن بين العمليات الإرادية واللاإرادية.



الفصل الثالث

الإحساسات (Sensations)

الإحساسات (Sensations)

لكي يتم تفاعل الجهاز العصبي مع البيئة المحيطة به لابد له من جهاز ينقل إليه المعلومات عن هذه البيئة، ويتمثل هذا الجهاز في الإحساسات التي تتم بطرق مختلفة، وتتخصص في نقل مختلف المثيرات من الضوء والصوت إلى الروائح والمذاقات والملمس.

وتتميز الإحساسات بوجود مستقبلات لها طرفية في الجسم، تقوم بنقل الإحساسات إلى ألياف عصبية خاصة ومنها إلى مسارات عصبية خاصة حتى تصل في نهاية الأمر إلى مركز الإحساس في قشرة الدماغ.

وتتنوع هذه الإحساسات، فمنها ما هو سطحي ومنها ما هو عميق ومنها ما هو قشري، إضافة إلى الإحساسات الخاصة ..

أولاً: الإحساسات السطحية (Superficial Sensations)

وهي الإحساسات التي تعتبر مستقبلاتها سطحية،وترتبط بسطح الجسم أي الجلد، وتشمل الإحساسات السطحية ما يلي:

١- **الإحساس بالألم:** مثل الإحساس بوخزة الدبوس، ينقل هذا الإحساس من الجلد بواسطة نهايات عصبية دقيقة عارية ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية، ثم إلى الحبل الشوكي حيث تصعد في مسارات خاصة وبعدها تعبر إلى الجانب الآخر وتصل إلى القشرة الحسية للمخ مروراً بالمهاد.

٢- **الإحساس بتغير درجات الحرارة:** أي الإحساس بالحرارة أو البرودة، وينقل هذا الإحساس بواسطة مستقبلات خاصة بالجلد (بشكل تجمعات كروية من الأعصاب تسمى بصيلات كراوس لاستقبال الإحساس بالبرودة، وكريات أخرى تسمى كريات رفيني لاستقبال الإحساس بالحرارة)، ثم من المستقبلات إلى الأعصاب الطرفية الشوكية إلى النخاع الشوكي، ثم تصعد في مسارات خاصة ثم تعبر إلى الجانب الآخر وتصل

إلى القشرة المخية مروراً بالمهاد.

٣- **الإحساس باللمس**: ويقصد به اللمس الخفيف، ويستقبل بواسطة (كريات مينر) ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية فالحبل الشوكي، حيث تصعد في مسارات خاصة ثم تعبر إلى الجانب المقابل صاعدة إلى المهاد ثم إلى القشرة المخية.

ويختلف توزيع الإحساسات السطحية في مناطق الجسم، حيث تكثر المستقبلات في بعض المناطق مثل أطراف الأصابع وتقل في مناطق أخرى.

ولا تخفى أهمية الإحساسات السطحية؛ إذ إن الجلد يعتبر الدرع الواقي للجسم وهو خط الدفاع الأول ضد الاختراق بإحساس الألم أو الاحتراق بإحساس الحرارة أو التجمد بإحساس البرودة، وبناءً على المعلومة الحسية القادمة يتفاعل الجسم بتنظيماته المختلفة كيميائية أو عصبية.

ثانياً: **الإحساسات العميقة (Deep Sensations)**

وهي الإحساسات التي يتم استقبالها بواسطة تراكيب عميقة قد ترتبط بالعضلات والأربطة حول المفاصل (وهي تساعد الجهاز العصبي في معرفة وضع الجسم وحالة انقباض أو ارتخاء العضلات المختلفة في الجسم)، أو ترتبط بالأحشاء الداخلية (وهي التي تنقل الإحساس بامتلاء الأحشاء أو خلّوها).

١- **الإحساس بالوضع** (Sense of Position):

يستقبل هذا النوع من الإحساس بواسطة مستقبلات خاصة في العضلات والمفاصل، ثم تنقلها الأعصاب الطرفية إلى مسارات خاصة في النخاع الشوكي ثم إلى القشرة المخية، ويشارك في الإحساس بالوضع المستقبلات البصرية في العينين ومستقبلات التوازن في الأذن الداخلية.

٢- **الإحساس بالحركة** (Sense of Movments):

ينقل هذا الإحساس بواسطة مستقبلات موجودة في العضلات والمفاصل، تأخذ نفس مسارات الإحساس بالوضع.

٣- الإحساس الحشوي (Visceral Sensations):

وهــو الإحســـاس المرتبط بحالة الأحشاء الداخلية، مثل حالة امتلاء المعدة أو المــثانة أو القولــون أو خلوها، لذلك فهو ينقل الإحساس بالجوع والشبع والمغص من الأحشاء إلى القشرة المخية.

ثالثاً: الإحساسات القشرية (**Cortical Sensations**)

يشــمل هــذا الــنوع مــن الإحساس التعرف على الأشياء باللمس (ينمو هذا الإحساس لدى المكفوفين ليعوضوا به فقدان البصر) والتميز اللمسي بين نقطتين وتحديد موضع اللمس من الجسم.

وهــذا النوع من الإحساسات يسمى بالقشري؛ لأنه يحتاج إلى أكثر من منطقة فــي القشــرة المخــية، فهــو وظيفة مركبة من إحساس وإدراك، ويعتبر أحد الحواس الخمس.

رابعاً: الإحساسات الخاصة(الحواس الخمس) (**Special Senses**)

١- الإحساس البصري (Visual Sensation)

يحــدث الإحســـاس البصــري نتيجة لانكسار الأشعة المنعكسة من المرئيات بواســطة عدسة العين فتسقط على الشبكية التي تحتوي على المستقبلات البصرية التي تــنقلها بدورها إلى خلايا عصبية متخصصة بالشبكية، ومنها إلى الألياف العصبية التي تكــون العصـــب البصري (العصب القحفي الثاني)، حيث يتكون من كل عين عصب بصـــري واحد، يكون عصب أيمن للعين اليمنى وعصب أيسر للعين اليسرى، ثم تنقسم مكونـــات العصـــب البصـــري إلى مسارات صدغية (تحمل الألياف العصبية البصرية القادمـــة مـــن الشـــبكية القريبة من الصدغ) تكمل مسارها البصري في الجانب نفسه، ومســـارات أنفـــية تعبر إلى الجانب المقابل حيث تسلك المسار البصري مع المسارات الصـــدغية من الجانب المقابل، وبذلك يصبح المسار البصري (Optic tract) مشتملاً علـــى الألـــياف الصـــدغية مـــن نفس الجانب بالإضافة إلى الألياف الأنفية من الجانب المقابل، ويصلان معاً إلى الجسم الركبي في منطقة المهاد، حيث تخرج منه الإشعاعات

البصـــرية (Optic Radiation) إلى القشرة المخية في الفص الخلفي، وهناك يتم فهم الصورة المنقولة من الشبكية وتفسيرها، وبذلك تنقل العينان نفس الصورة.

٢- الإحساس السمعي (Auditory Sensation)

يحـــدث الإحساس السمعي نتيجة لانتقال موجات الصوت من الهواء الخارجي إلـــى الأذن، حيـــث تهـــتز الطـــبلة التي تهز بدورها ثلاث عظيمات صغيرة في الأذن الوســطى (المطـــرقة والسندان والركاب)، فتصل الاهتزازات إلى الأذن الداخلية حيث يهـــتز الســـائل الـــذي بداخلها، وبالتالي تهتز البروزات الشعرية المتصلة بعضو السمع المســـمى عضـــو كورتي (Organ of Corti)، ومنه إلى الخلايا العصبية المتخصصة فالعصـــب السمعي (القوقعي) الذي يصل إلى الجسر ويعبر إلى الجانب المقابل صعوداً إلـــى المهاد، ثم تصل الإشعاعات السمعية إلى قشرة المخ السمعية في الفص الصدغي من القشرة المخية، حيث يتم فهم الموجات المسموعة.

٣- الإحساس الشمي (Olfactory Sensation)

يحـــدث الإحســـاس الشـــمي عند دخول الروائح التي يحملها الهواء إلى الأنف خلال عملية الشهيق، فيختلط جزء من الهواء في الجزء العلوي من الأنف بنسيج خلوي فيه المستقبلات الخاصة بالشم وذلك خلال ذوبان الرائحة في إفرازات الأنف، ثم تحمل الرائحة عبر ألياف عصبية تخترق عظام القحف مكونة العصب الشمي (القحفي الأول) الـــذي يصـــل إلـــى الدماغ الأوسط ومنه إلى الفص الصدغي من القشرة المخية حيث وظـــيفة الشـــم .. ويـــتم التعرف على الرائحة من خلال الخبرة السابقة المخزونة في الذاكرة.

٤- الإحساس الذوقي (Gustatory Sensation)

الإحســـاس الذوقـــي بدايته في اللسان الذي يحتوي على مستقبلات خاصة هي بـــراعم الـــذوق (Taste Buds) التي تغطي اللسان، وهذه المستقبلات تتصل في الثلث الخلفـــي مـــن اللســـان بالعصب اللساني البلعومي (القحفي التاسع)، وتتصل في الثلثين الأماميين في اللسان بالعصب الوجهي (القحفي السابع)، وهناك قليل من البراعم الذوقية

فـــي لسان المزمار تنقل عبر العصب الحائر (القحفي العاشر) وتنتهي جميعاً إلى الفص الجـــداري للقشـــرة المخية، ويميز الإنسان عادة بين أربعة أنواع من التذوق هي الحلو والمـــالح والحـــامض والمرّ، ويتركز الإحساس بالحلو في أطراف اللسان وكذلك المالح ويـــتركز الحـــامض علـــى جانبـــي اللسان، أما المرّ فيتركز في نهاية اللسان، ويتشابه الإحساس بالشم والتذوق من حيث كونهما إثارة كيميائية للمستقبلات.

٥- الإحساس اللمسي (Tactile Sensation)

وهو التعرف على الأشياء بواسطة اللمس ويسمى بالإحساس القشري.

الفصل الرابع

الجهاز الهرموني (الغدد الصماء)

Hormonal System
(Endocrine Glands)

الجهاز الهرموني (الغدد الصماء)

(Hormonal System) (Endocrine Glands)

هـــي مجموعة من الغدد ذات إفراز داخلي تنتشر في أماكن متفرقة من الجسم وتصـــب هـــرموناتها في الدم مباشرة دون المرور بقنوات، لذلك سميت بالغدد الصماء يحملها الدم إلى مواضع تأثيرها، حيث إن لكل هرمون من هذه الهرمونات وظيفة معينة يؤديها في مكان معين من الجسم.

ويســيطر تحــت المهـــاد الذي يتحكم في الغدة النخامية (التي تتحكم في باقي الغـــدد) علـــى هذه الغدد الصماء، كما أن هرمونات هذه الغدد تنظم بواسطة آلية تسمى الـــتغذية المرتجعة الحيوية (Biofeed back Mechanism) ، حيث إن زيادة الهرمون إلـــى حـــد معيـــن يوقف إفرازه، بينما نقص الهرمون من الدم إلى حد معين يثير تحت المهاد الذي يفرز العامل المطلق المناسب إلى الغدة النخامية التي تطلق بدورها هرمون يعمل على إثارة الغدة المعنية بالهرمون الناقص في الدم.

وهذه الغدد هي:

١- الغدة النخامية Pituitary Gland.

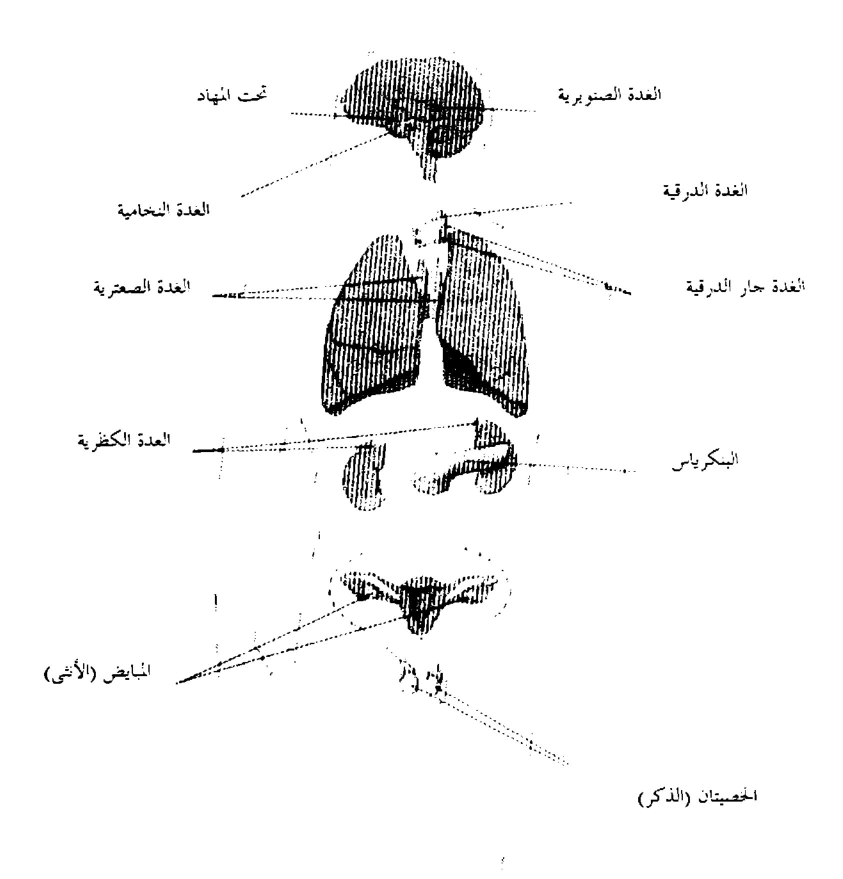
٢- الغدة الدرقية Thyroid Gland.

٣- الغدة جار الدرقية Parathyroid Gland.

٤- الغدة الكظرية (فوق الكلوية) (Adrenal Gland (Suprarenal Gland.

٥- غدة البنكرياس Pancreas.

٦- الخصيتان والمبيضان Testes & Overies.



الجهاز الهرموني (للغدد الصماء)

١- الغدة النخامية
Pituitary Gland

هي غدة صغيرة الحجم بحجم حبة الحمص وشكلها، تقع في أسفل الدماغ داخل السرج التركي(Sella Turcica)، وهي أهم الغدد في جسم الإنسان وتؤثر على جميع الغـدد الأخرى في الجسم؛ لأنها تنظم عمل الغدد الصماء جميعاً، لذلك تدعى "الرئيسة الكورس"(Chief of Orchestrc) أو سيدة الغدد.

وتـتكون الغدة النخامية من ثلاثة فصوص، هي: الأمامي والأوسط والخلفي، ولكل من هذه الفصوص وظائف خاصة به نفصلها فيما يلي:

وظائف الفص الأمامي، يفرز عدة هرمونات هي:

- هرمون النمو (.G.H).
- الهرمون المنشط للغدة الدرقية (T.S.H).
- الهرمون المنشط للغدة الكظرية (A.C.T.H).
- الهرمون المدر للّبن (Prolactin).
- الهرمونات المنشطة للغدد التناسلية.

١- هرمون النمو Growth Hormonc

هـو عـبارة عن بروتين يعمل على نمو العضلات والعظام وتنشيط استقلاب جميع المواد الغذائية، ويشجع على تكوين البروتين وخاصة الحامض النووي (RNA) ويسـتعمل الأحماض الدهنية الحرة لإنتاج الطاقة فيحافظ على كمية البروتين ويستعملها فـي النمو، كما يشجع نمو العظام والغضاريف عن طريق ترسيب سلفات الكوندريوتين (Chondriotion Sulphatc) والكلايكوجين.

ويؤثر هرمون النمو في عمليات النمو بصورة مباشرة، وبالاشتراك مع الهرمونات الأخرى وخاصة في نمو العظام الطويلة في منطقة الغضاريف النامية قرب نهايات العظام، ويتوقف نمو العظام عندما تتوقف هذه النهايات عن النمو،وينبه هرمون

النمو عمليات البناء البروتيني وامتصاص الكالسيوم من الأمعاءوتحويل سكر الكلايكوجين إلى كلوكوز، ولكن يتم إفراز هرمون النمو تحت إشراف وتحفيز من تحت المهاد (المهيد) بواسطة إطلاق عامل مفرز لهرمون النمو، وزيادة إفراز هرمون النمو في مرحلة الطفولة تؤدي إلى ظهور حالة العملقة (Gigantism) وزيادته بعد البلوغ تسبب مرض تضخم العظام (Acromegality)، أما إذا نقص إفراز هرمون النمو أثناء الطفولة فيؤدي إلى ظهور "القزامة" (Dwarfism).

٢- الهرمون المنشط للغدة الدرقية (T.S.H)

يؤثر هذا الهرمون في نمو الغدة الدرقية وينظم وظائفها، وينشط عملية امتصاص عنصر اليود من الدم الذي يعتبر أساس تخليق هرمون الثايروكسين كما يلعب دوراً أساسياً في تخليق هذا الهرمون الذي يفرز من الغدة الدرقية، ويتم تنظيم إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية بإشراف تحت المهاد (المهيد) بواسطة عامل مفرز خاص بهذا الهرمون، ويتأثر إفرازه بالمؤثرات الخارجية؛ إذ يزداد إفرازه عند مواجهة شدة ما أو عند الإحساس بالبرودة بينما يقل إفرازه في الجو الحار.

ويسبب نقصان هرمون الثايروكسين أثناء الطفولة ظهور مرض القماءة (Cretinism)، أما نقصه عند البالغين فيؤدي إلى ظهور تضخم الغدة الدرقية أو الميكسيديما (Myxcdema) (الخزب المخاطي) حيث يصاب الشخص بجفاف الجلد، وقلة شعر الرأس وخاصة الحاجبين، ونقص في النشاط الجسمي والعقلي، وزيادة وزن الجسم وبرودته، وتباطؤ نبضات القلب وانخفاض الضغط الدموي والإمساك.

٣- الهرمون المنشط للغدة الكظرية (A.C.T.H)

ينشط هذا الهرمون الغدة فوق الكلوية لإفراز هرموناتها، وينظم إفراز هذا الهرمون تحت إشراف المهيد، ويتأثر إفرازه تبعاً للشدائد النفسية والظروف الانفعالية.

٤- الهرمون مدر اللبَن (Prolactin)

يؤثر هذا الهرمون بشكل مباشر على غدتي الثدي بعد الولادة، فينشط عمليـــة

إدرار اللبـــن، أمـــا عملـــية إفراز اللبن من قنوات الثدي فيتم تنظيمها بواسطة هرمون الأوكسي توسين (Oxytocin) الذي يتم إفرازه من الفص الخلفي للغدة النخامية.

٥- الهرمونات المنشطة للغدد الجنسية: وتشمل هذه الهرمونات ما يلي:

أ- **هرمون منشط المبيض في الأنثى**: يؤثر هذا الهرمون على المبيض فيساعد على إنضاج الحويصلات، وتقوم الحويصلات أثناء هذا النمو بإفرازهرمون الاستروجين(Estrogen)، وعندما يصل تركيز الاستروجين إلى حد معين فإنه يثبط إفراز هرمون منشط المبيض (F.S.H) .

وهناك هرمون آخر منشط للمبيض (L.H) يعمل على إنضاج الحويصلات والتبويض (عملية إخراج البويضة من الحويصلة) وتكوين الجسم الأصفر الذي يفرز بدوره هرمون البروجستيرون (Progesterone)، وعندما يصل تركيز هرمون البروجستيرون إلى حد معين فإنه يثبط إفراز الهرمون المنشط للمبيض.

ب- **هرمون منشط الخصية في الذكر**: ينشط أحد الهرمونات (F.S.H) أنابيب الخصية لإنـــتاج الحـــيوانات المـــنوية أما الهرمون الآخر (L.H) فإنه يؤثرعلى الخلايا الليفية الموجودة في الخصية التي تفرز هرمون التستوستيرون (Testosterone).

وظائف الفص الخلفي للغدة النخامية:

يعتـــبر الفص الخلفي للغدة النخامية مخزناً لهرمونات تصنع أساساً في منطقة تحـــت المهاد (المهيد)، ثم يقوم بإفرازها بإشراف (المهيد) أيضاً، وهما هرمونان يسمى أحدهما الأوكسي توسين والآخر يسمى الهرمون القابض للأوعية الدموية.

- **هـــرمون الأوكســـي توسين (Oxytocin)**: يعمل على إثارة وتنبيه عضلات الرحم فـــيزيد من تقلصاته، وهذا ما يساعد على عودة الرحم إلى حجمه الطبيعي بعد الولادة، كما يعمل على دفع اللبن للخروج عبر القنوات إلى الحلمة من خلال انقباض العضلات

المحيطة بقنوات اللبن.

- **الهرمون القابض للأوعية الدموية (Pressin Vaso)** أو المضاد لإدرارالبول (A.D.H) يؤثر هذا الهرمون على أنابيب الكليتين فيتحكم في إعادة امتصاص الماء مما يقلل من إدرار البول، ويعمل على رفع الضغط الدموي، ونقصان هذا الهرمون يسبب زيادة إدرار البول وظهور مرض السكري الكاذب (Diabetes Insipidus).

٢- الغدة الدرقية
Thyroid Gland

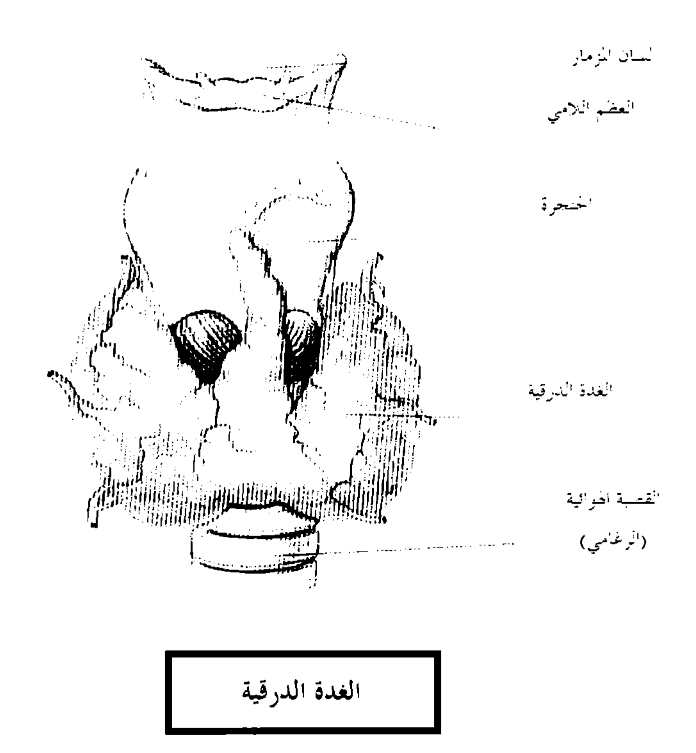
تتألف من فصين يقعان على جانبي القصبة الهوائية في مقدمة الرقبة يربطهما جزء متوسط يوجد أمام القصبة الهوائية يدعى "البرزخ"(Isthmus).

وهي هامة في عملية النمو وتنظيم عملية التمثيل الغذائي بواسطة هرمونها الذي تفرزه ويطلق عليه هرمون الثايروكسين (Thyroxin)، وتخضع الغدة الدرقية لهرمون منشط الغدة الدرقية الذي تفرزه الغدة النخامية.

وظائف هرمون الثايروكسين:

- **تنظيم عملية التمثيل الغذائي:** يزيد من سرعة التمثيل الغذائي، حيث يزيد من امتصاص السكر من الأمعاء ويزيد من معدل احتراقه بواسطة الخلايا، ويعمل على تحويل سكر الكلايكوجين المخزون في الكبد إلى سكر الكلوكوز الذي يسهل تحويله إلى طاقة بواسطة الخلايا، ويساعد على إنتاج الكلوكوز من المواد غير النشوية مثل الدهون والبروتينات، ويقلل من نسبة الدهون في الدم وكذلك نسبة الكولسترول.

كما تزداد عملية بناء وهدم البروتينات في الجسم وهي عملية ضرورية لحدوث النمو، حيث لا يمكن لهرمون النمو أن يعمل في غياب هرمون الثايروكسين.



الغدة الدرقية

- **تنشيط الوظائف الحيوية:** مثل زيادة نبضات القلب، والتي تؤدي بدورها إلى زيادة مدفوع الدم من القلب إلى أجزاء الجسم، ورفع ضغط الدم الانقباضي تبعاً لذلك، كما يزداد استهلاك الأوكسجين مما يترتب عليه زيادة معدل وعمق التنفس.
- **زيادة نشاط الجهاز العصبي والمخ:** يزيد هرمون الثايروكسين من سرعة العمليات العقلية من التفكير والإدراك والذاكرة.
- **زيادة نشاط العضلات وتوترها:** عند زيادة هذا الهرمون تحدث رعشة دقيقة في العضلات.
- **زيادة النشاط الجنسي:** تؤدي زيادة هذا الهرمون إلى زيادة النشاط الجنسي للرجل، ويؤدي نقصه إلى توقف الدورة الشهرية لدى المرأة.

إن زيادة إفراز هرمون الثيروكسين تؤدي إلى ظهور أعراض مرض تسمم

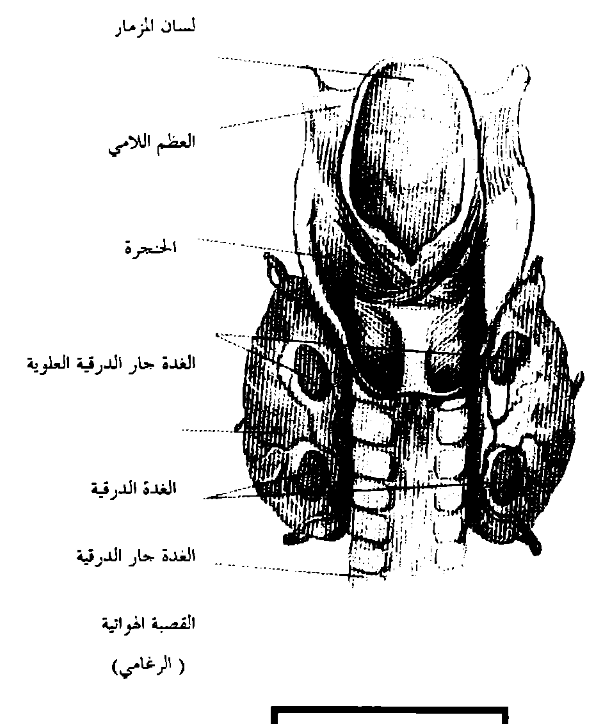
الغدة الدرقية (Thyrotoxicosis) الذي يسبب زيادة الاحتراق الغذائي، وزيادة نبضات القلب، ورعشة اليدين الرقيقة، وجحوظ العينين، وارتفاع ضغط الدم، ويصاحب ذلك إحساس بالتوتر، وعدم استقرار، وشعور بالقلق، وازدياد التهيج العصبي، وقد يشخّص هذا الاضطراب على أنه قلق، ولكن تحليل نسبة هرمون الثيروكسين في الدم يظهر ارتفاع نسبته عن المعدل الطبيعي.

أما نقص هذا الهرمون في مرحلة الطفولة فيسبب مرض القصاع (Cretinism) حيث يقل النمو ويتأخر، ويصاحبه تخلف عقلي.

كما إن نقصه بعد البلوغ يسبب ظهور أعراض مرض المكسيديما (Myxedema) والذي يقل فيه التمثيل الغذائي مما يؤدي إلى زيادة الوزن، ويشعر المصاب بالبرودة، كما تنقطع الدورة الشهرية عند المرأة، ويقل النشاط الجنسي، إضافة إلى تبلد التفكير والسلوك وجميع الوظائف العقلية.

٣- الغدة جار الدرقية
Parathyroid Gland

وهي أربع غدد صغيرة الحجم تقع خلف الغدة الدرقية، تفرز هرموناً واحداً يدعى هرمون "الباراثورمون "Parathormone" أو هرمون جار الدرقية (PTH) وهذا الهرمون هو المسؤول عن ثبات معدل الكالسيوم والفسفور في الدم، فإذا نقص في الجسم أدى ذلك إلى نقص معدل الكالسيوم في الدم، وزيادة مستوى الفسفور.. ويؤدي نقص الكالسيوم إلى حد معين في الجسم إلى انقباض العضلات وتصلبها بسبب زيادة استثارة الأعصاب الطرفية والجهاز العصبي المركزي (بسبب نقص الكالسيوم)، وهذه التشنجات العضلية تشبه تشنجات الكزاز (Tetany)، أما إذا زاد إفراز هذا الهرمون نتيجة لزيادة نشاط الغدة جار الدرقية فإن ذلك يؤدي إلى زيادة أخذ الكالسيوم من العظام مما يسبب هشاشة العظام وسهولة تكسرها، إضافة إلى نقص توتر العضلات وضعفها، وحالة الهزال العام.



الغدة جار الدرقية

٤- الغدة الكظرية (فوق الكلوية)
Adrenal Gland (Suprarenal Gland)

هي غدة صغيرة تقع على الطرف العلوي للكلية، يميل لونها للاصفرار وتتكون من طبقتين هما:

- الطبقة الخارجية (القشرة) Cortex.
- الطبقة الداخلية (اللب) Medulla.

أ- الطبقة الخارجية (القشرة) Cortex

تتكون من ثلاث طبقات مختلفة، هي من الخارج إلى الداخل:

- المـــنطقة الكبـــية **Glomerula**: تفـــرز هـــذه المنطقة الهرمونات المعدنية، مثل الألدوستيرون (Aldosteronc).

- المـــنطقة الحزمـــية **Fasciculate**: تفرز هذه المنطقة الهرمونات السكرية، مثل الكورتيزول (Cortisol).

- المـــنطقة الشـــبكية **Reticularis**: تفـــرز هذه المنطقة الهرمونات الجنسية، مثل الأندروجين (Androgcn) والاستروجين (Estrogen).

١- الهرمونات المعدنية (**Mineralocroticoids**): أهمها هرمون الألدوستيرون الذي يصنع من البروجستيرون، وهذا الهرمون يعمل على إعادة امتصاص الماء والصوديوم واحتباسهما في الجسم، ويشجع على طرح الهيدروجين والبوتاسيوم، لذلك فإن زيادته في الجسم تسبب ظهور الوذمة، وارتفاع ضغط الدم بسبب قلة إدرار البول وزيادة السوائل والأملاح في الجسم.

٢- الهرمونات السكرية (**Glucocorticoids**): أهمها الكورتيزول الذي يتغير معدله في الدم أثناء النهار وينخفض عند منتصف الليل، ويعود ذلك إلى التغير اليومي في إفراز هرمون (A.C.T.H) وله عدة تأثيرات:

- يؤثر على تمثيل المواد الغذائية كالسكريات والبروتينات والدهون والأملاح، حيث يعمل على التقليل من استهلاك الكلوكوز، ويساعد الجسم على صنعه من مواد غير كربوهيدراتية في الكبد، مما يؤدي إلى ارتفاع معدل السكر في الدم ويظهر مرض السكري.

أمـــا البروتينات، فإنه يعمل على تحطيمها ويصاحب ذلك تأخر النمو وضعف العضلات، والهزال كما يعمل على تحلل العظام Osteoporosis.

ويـــزيد الكورتـــيزول من نسبة الدهون في الدم كما يزيد في استعمالها لإنتاج الطاقة، ويعمل على توزيعها وتخزينها في أماكن معينة من الجسم كالأليتـــين والرقبـــة

والوجه مشكلاً ما يسمى "الوجه ــ القمر " (Moon Facc).

أمـــا المـــاء والأملاح فإن الكورتيزول يؤدي بكميات معتدلة إلى إدرار البول وطرح الصوديوم بفعل تأثيره الشبيه لتأثير هرمون الألدستيرون، وتأثير معاكس لتأثير الهرمون المضاد للتبول (A.D.H)، أما إذا أخذ بكميات كبيرة فإنه يزيد من امتصاص شـــوارد الصـــوديوم وطـــرح البوتاســيوم، مما يؤدي إلى نقص البول واحتباس الماء والصوديوم وبالتالي ظهور الوذمة (Edema).

- يؤثـــر علـــى ضـــغط الـــدم، حيـــث يعمل على رفع ضغط الدم الشرياني، وتصلب الشرايين.

- يؤثـــر على تركيب الدم، حيث يزيد عدد كريات الدم الحمراء (R.B.C) ويقلل عدد كـــريات الـــدم البيضـــاء (W.B.C) وخاصـــة الحامضية (Eosinophits) واللمفاوية (Lymphocytes) والمـــتعادلة (Neutrophils)، ولهـــذا فهو يقلل من مناعة الجسم، وهـــذا مـــا يجعله يستعمل في حالات زرع الأعضاء، ولكنه يساعد في سرعة الإصابة بالالتهابات.

- يؤثر على إفرازات المعدة، حيث يزيد من إفرازاتها للأحماض والببسين فيزيد بذلك من احتمال إصابتها بالقرحة.

- يؤثر على الجهاز العصبي؛ إذ يؤدي نقصانه إلى الإصابة بالملل والقلق والضجر.
- يؤثر على العظام؛ إذ أن زيادته تعيق تطور ونمو الغضاريف.
- يلعب دوراً هاماً في مقاومة الانفعالات والضغوط (Stress)، ومقاومـــة توســـع الشعيرات، والحساسية الناتجة بفعل تحرر الهستامين، لذا فإنه يستعمل بفاعلية في حالات الصدمة والحساسية والوذمة.

٣- الهرمونات الجنسية (Gonadocorticoids)

أهمها الأندروجين (Androgen) أو (التستوستيرون) (Testosterone) عند الـــرجل، والاســـتروجين (Estrogen) عـــند المرأة، ويعمل هرمون الأندروجين على

ظهـــور علامـــات الذكـــورة مثل خشونة الصوت وزيادة حجم الأعضاء التناسلية، أما الاستروجين فإنه يعمل على ظهور صفات الأنوثة وزيادة الرغبة الجنسية عند الأنثى.

اضطرابات القشرة الكظرية

١- زيادة نشاط القشرة الكظرية:

- تتســـبب زيادة نشاط القشرة الكظرية في زيادة إفراز الهرمونات السكرية، مما يؤدي إلى ظهور متلازمة كوشنغ (Cushing Syndrom).

- تتسبب في زيادة إفراز الهرمونات المعدنية (الألدوستيرون)، مما يؤدي إلى ظهور متلازمة كون (Syndrom of Conn) وأعراضها كثرة التبول، وكثرة شرب الماء، وارتفاع ضغط الدم، مع نوبات كزاز.

- تتسبب في زيادة إفراز الهرمونات الجنسية مما يؤدي إلى ظهور المتلازمة الكظرية التناسلية.

٢- نقص نشاط القشرة الكظرية:

- يؤدي إلى ظهور متلازمة أديسون (Syndrom of Addison)، حيث ينخفض ضغط الدم، ويقل التمثيل الغذائي، وتضعف العضلات، وتقل الوظيفة الجنسية، ويصطبغ الجلد بخلايا صبغية (حيث تتحول البشرة البيضاء إلى سوداء)، ويصاحب ذلك ضعف جسمي ونفسي، واضطراب انفعالي.

ب- الطبقة الداخلية (اللب) **Medulla**

تفرز نوعين من الهرمونات هما: الأدرينالين بنسبة (٨٠%) والنورأدرينالين بنسبة (٢٠%).

١- هرمون الأدرينالين (Adrenalinc) أو الابنفرين (Epinephrinc): لهذا الهرمون تأثـــير هام جداً ووحيد، وهو تنبيه جميع "المستقبلات الودية الطرفية" سواء كانت منبهة أو مثبطة أي ألفا وبيتا.

- يحدث ارتفاعاً في الضغط الدموي الشرياني ويزيد من نبضات القلب فيستعمل فـــي

حالة الصدمة.

- يعمل على تضييق الأوعية الدموية الطرفية وتوسيع الأوعية الدموية التاجية.
- يعمل على توسيع القصبات الهوائية؛ لذلك يستعمل في حالات الربو.
- يعمل على ارتخاء العضلات الملساء ويقلل من تقلصات المرارة.
- يعمل على تحويل سكر الكلايكوجين إلى كلوكوز فترتفع نسبته في الدم، وهو مضاد للأنسولين.
- يعمل على زيادة إفراز الغدد اللعابية وإدرار البول.
- يعمل على توسيع الحدقة (البؤبؤ).
- يستعمل موضعياً لوقف النزيف من الجروح؛ لأنه يسبب انقباض الأوعية الدموية.

٢- هرمون النورأدرينالين Noradrenaline: يؤثر هذا الهرمون على المستقبلات ألفا بشكل يشبه تأثير الأدرينالين بينما يكون تأثيره أضعف على المستقبلات بيتا. ويختلف عن الأدرينالين بكونه أقل توسيعاً للقصبات الهوائية والحدقة.

٥-غدة البنكرياس
Pancreas

هـــي غدة مزدوجة، وتعتبر خارجية الإفراز لأنها تفرز عصارة هاضمة عبر قـــنوات، وداخلية الإفراز (صماء) لأنها تفرز هرمونات إلى الدم مباشرة، ويتم ذلك في جـــزء من الخلايا الموجودة في البنكرياس يطلق عليها جُزر لانجرهانز وتحتوي على نوعين من الخلايا هما:

١- **خلايـــا ألفا (Alpha Cells)** تفرز هذه الخلايا هرمون الكلوكاجون Glucagon الذي يعمل على زيادة السكر في الدم من خلال تحويل سكر الكلايكوجين إلى كلوكوز، ويفـــرز هذا الهرمون عند انخفاض معدل السكر في الدم بناءً على تحفيز هرمون النمو الذي تفرزه الغدة النخامية.

٢- **خلايا بيتا (Beta Cells)**: تفرز هذه الخلايا هرمون الأنسولين (Insulin) الـــذي

يعمل على تنظيم السكر في الدم، ويزيد من تخزين سكر الكلايكوجين في الكبد، ويؤدي إلـــى احتراق السكر في خلايا الأنسجة مما ينتج عنه تحرير الطاقة، كما أنه يؤدي إلى تحويل سكر الكلوكوز إلى أحماض دهنية ثم تحول إلى دهون مختزنة.

ويسبب نقص هرمون الأنسولين إلى الإصابة بمرض السكري Diabctis (Mellitus) الذي يرتفع فيه معدل السكر في الدم لدرجة خروجه مع البول، ويزداد عدد مرات التبول، ويصاحب ذلك جفاف اللسان، والشعور بالعطش ويفقد الشخص بعضاً من وزنه، ويصاب بالوهن والضعف.

٦- الغدد الجنسية

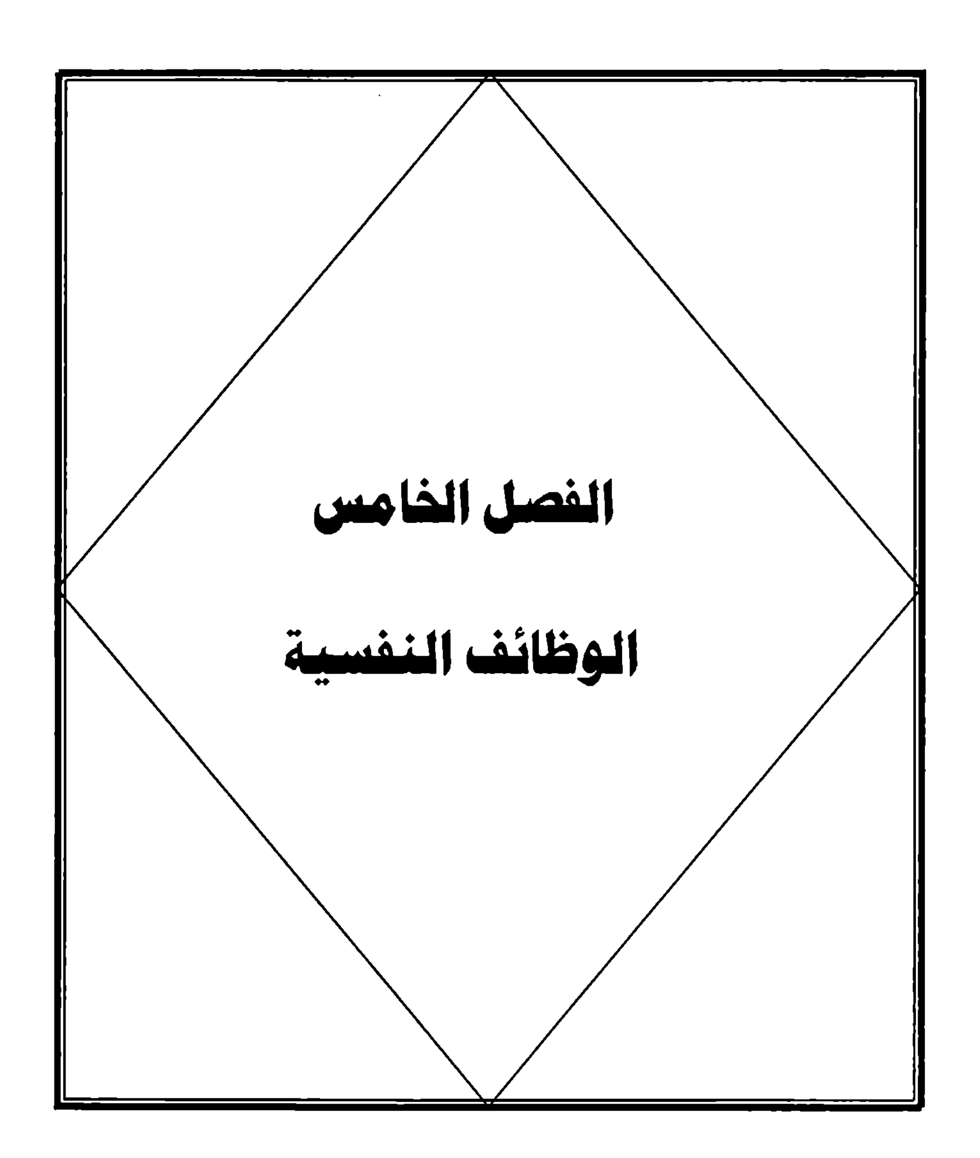
١- الخصـــيتان Testes: همـــا غدتا التناسل الذكرية معلقتان داخل كيس جلدي يدعى كـــيس الصفن K(Scrotum) شكلهما بيضوي والخصية اليسرى أكبر قليلاً من اليمنى، وتـــتكون مـــن عدد كبير من الأنابيب الناقلة للحيوانات المنوية، حيث تتكون الحيوانات المنوية من الخلايا المبطنة للجدران الداخلية لهذه القنوات.

بينما تفرز الخلايا البينية (Interstitial Cells) هرمون التستستيرون (Testosterone) وهو المسؤول عن ظهور الصفات الجنسية الثانوية في الذكر وكذلك نمو الأعضاء التناسلية في مرحلة البلوغ الجنسي.

٢- المبيضـــان Overies: همـــا غدتان داخل حوض الأنثى على جانبي الرحم، يفرز المبيض هرمونين هما هرمون الاستروجين (Estrogen) الذي يعمل على نمو الصفات الجنســـية الثانوية للأنثى، وهرمون البروجستيرون (Progcsterone) الذي يعمل على زرع البويضـــة المخصبة في جدار الرحم ويمنع حدوث التبويض أثناء الحمل، وينمي المشيمة اللازمة لتغذية الجنين، ويوفر الظروف الملائمة لاستمرار الحمل.

من خلال هذا العرض للجهاز العصبي وجهاز الهرمونات (الغدد الصماء) يتبين لنا أن الجهاز العصبي اللاإرادي وجهاز الهرمونات المتصل بالجهاز العصبي يختصـــان باستمرار الثبات النسبي للبيئة الداخلية للجسم.

بيـنما نلاحـظ أن الجهـاز العصبي العضلي يختص بردود أفعال الفرد تجاه المحيط والبيئة الخارجية، وتتعاون هذه الأجهزة في إحداث رد الفعل تجاه مواقف الحياة وشدائدها المختلفة وما يرافقها من تغيرات في الانفعال عملية معقدة جداً ولكنها توضح وحـدة الفرد نفسياً وجسدياً وهذه الوحدة مهمة جداً لحياة الفرد وتكيفه مع البيئة المحيطة به.



الفصل الخامس

الوظائف النفسية

الوظائف النفسية

يتكون جسم الإنسان من أجهزة عديدة، ولكل جهاز وظائفه الخاصة به وهذه الوظائف تتكامل فيما بينها، وتتكامل كذلك مع وظائف الأجهزة الأخرى لتحقق التكامل الوظيفي في وحدة الجسد.

والنفس كما ذكرنا هي محصلة نشاط المخ، أي أنها مجموعة الوظائف العليا للدماغ، ويكتنف هذه الوظائف غموض النفس ويعقدها وقد تبرزها الدراسات بشكل متشابك وغير متسلسل مما يسبب صعوبة فهمها، لذلك فقد اخترنا هذا التصنيف لوظائف النفس لكي يتيسر فهمها بشكل متكامل، لقد تم تقسيم الوظائف النفسية إلى وظائف بسيطة، وهي الوظائف الأساسية وتشمل:

١- الوعي (Consciousness).

٢- الانتباه (Attention).

٣- الإدراك (Perception).

٤- الذاكرة (Memory).

٥- الوجدان (Mood).

٦- التفكير (Thinking).

٧- الحركة (Motility).

٨- الكلام (Talking).

ووظائف مركبة والتي تتألف من مجموعة من الوظائف البسيطة، ومن أمثلتها:

١- الاهتداء (إدراك البيئة) (Oricntation).

٢- التعلم.

٣- الذكاء.

٤- الحكم على الأمور.

أولاً: الوظائف النفسية البسيطة.

١-الوعي (Consciousness):

هو حالة اليقظة اللازمة لإدراك الشخص لنفسه وما حولها، وتنظم هذه الحالة بواسطة الجهاز المنشط الشبكي، حيث إن زيادة نشاطه تمنع حدوث النوم، بينما نقص نشاطه لا يؤدي مباشرة إلى حدوث النوم.

ويتكون الجهاز المنشط الشبكي من تجمع من الخلايا والألياف العصبية الموجودة في أعلى جذع الدماغ، ويرتبط بالمهاد، حيث يستقبل المثيرات القادمة إلى الجهاز العصبي عبر الحواس الخمس، وتنتشر هذه المثيرات من الجهاز المنشط الشبكي إلى جميع القشرة المخية التي تقوم بدورها بإرسال نبضات عصبية إلى التكوين الشبكي، وهنا يظهر دور المثيرات أو ثباتها في إحداث إيقاع معين لفترة معينة يؤدي إلى تقليل حالة اليقظة ويوصل لحالة النوم، وقد لوحظ من خلال التجارب أن تنبيه أجزاء معينة من القشرة المخية (التلفيف الصدغي العلوي والسطح الحجاجي من الفص الجبهي) يسبب زيادة في النشاط الشبكي، وموجات تخطيط الدماغ الكهربائي مما يسبب الاستيقاظ من النوم، رغم أن نفس الإثارة لا تؤثر على الفرد المتيقظ، كما لوحظ أن إثارة مناطق أخرى من القشرة المخية لا ينتج عنه نفس التأثير مهما بلغت شدة المثير.

وهذا يعني أن هناك مسارات معينة تمر من القشرة إلى التكوين الشبكي وعن طريقها يمكن للأحداث داخل القشرة أن تسبب حالة اليقظة، وقد يكون هذا هو المسؤول عن استجابات اليقظة التي تصاحب الانفعالات والظواهر النفسية التي تحدث في غياب المثيرات الخارجية، كالأرق الذي يرافق حالات القلق، فتحدث تغيرات في نشاط الجهاز السمبثاوي يزداد فيها إفراز هرموني الأدرينالين والنورأدرينالين المسؤولين عن إحداث حالة اليقظة (الأرق) على العكس من السيريتونين الذي له دور في إحداث النوم، وتؤدي قطع المسارات المخية الخاصة به إلى إحداث حالة الأرق.

إن حالة الوعي (اليقظة) يلزم لها توفر حد أدنى من نشاط الجهاز المنشط الشبكي، وتصريف النشاط العصبي للمخ في الاتجاهات السليمة، وقد لوحظ أن نشاط

المخ أثناء النوبات الصرعية الكبرى يكون أكثر من الطبيعي بعدة مرات رغم كون المريض فاقداً للوعي.

- الـــنـــوم:

هو حالة من فقدان الوعي التي يستطيع الشخص أن يفيق منها بمثير مناسب، ويمر النوم بسلسلة من المراحل المتكررة تبدأ بمرحلة الدخول في النوم، وفي هذه المرحلة تقل الاستجابة للمؤثرات الخارجية، وترتخي العضلات، وتزداد موجات ألفا (هي موجات تعبر عن النشاط الكهربائي للمخ وهي من (٨-١٢ موجة/ثانية) في تخطيط الدماغ الكهربائي.

ومدة هذه الفترة عشر دقائق فأقل، ثم يبدأ النوع الأول من النوم، وفيه تكون الموجة بطيئة، وغير مصاحب بحركة العين السريعة، وهذا النوع مقسم إلى أربع مراحل يتدرج عمق النوم خلالها بالترتيب، ويختلف إيقاع موجات الدماغ التي تظهر في تخطيط الدماغ الكهربائي في كل مرحلة من هذه المراحل، ففي المرحلة الأولى تسود موجات ألفا، وتظهر في المرحلة الثانية الموجات المغزلية السريعة الإيقاع (١٢-٢٤/ثانية)، ويبطئ في المرحلة الثالثة إيقاع المخ بظهور موجات ثيتا (ويتراوح إيقاعها بين ٣ و ٧ في كل ثانية) وموجات دلتا (يتراوح إيقاعها بين ١ و ٣ موجات في الثانية)، يتخللها أحياناً ظهور بعض الموجات المغزلية، أما في المرحلة الرابعة فيبطيء فيها نشاط المخ إلى أدنى معدل حيث تظهر موجات دلتا البطيئة، وأحياناً تقل هذه الموجات لحد ظهور موجة واحدة في الثانية، ثم يعود الشخص النائم من المرحلة الرابعة إلى الثالثة فالثانية فالأولى، ومنها ينتقل إلى النوع الثاني من النوم وهو مصاحَب بحركة العين السريعة، يتميز هذا النوم باتصاله بنشاط الأحلام، وفيه يختل انتظام نبضات القلب والتنفس، وتحدث انقباضات عضلية غير منتظمة (مثل حركة العين السريعة) رغم ارتخاء العضلات التام، ويرتفع ضغط الدم، وتكون موجات تخطيط الدماغ الكهربائي خلال هذا النوع من النوم غير منتظمة (منخفضة الجهد وتشبه بعض حالات اليقظة)، ولا تزيد مدة هذه الفترة عن عشر دقائق يعود بعدها

الشخص إلى المرحلة الأولى من النوع الأول من النوم، حيث تبدأ دورة ثانية من دورات النوم يتكرر فيها ما حدث في الدورة الأولى، وتتشابه الدورات ما عدا التي تحدث في الجزء الأخير من الليل (النوم) حيث تطول فيها فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة.

وللنوم تأثير هام على الجهاز العصبي وعلى الجسم كله؛ إذ إن الحرمان من النوم لفترات طويلة يؤثر على الانتباه، فيقل الانتباه، ويؤدي إلى أخطاء الإدراك، وقد تحدث هلاوس أو توهان مؤقت، مع بطء في الحركة، ورعشة في اليدين وحساسية زائدة للألم، وتكاسل في عمل القلب والرئتين بسبب زيادة نشاط الجهاز الباراسمبثاوي، ويقل ضغط الدم، ومعدل النبض، مع توسع في الأوعية الدموية الجلدية، كما يزداد نشاط الجهاز الهضمي، وترتخي العضلات تماماً، ويقل معدل التمثيل الغذائي.

- الأحلام:

وهي أحد الظواهر النفسية الهامة التي تحدث أثناء النوم، ويمكن تعريف الحلم بأنه عبارة عن صورة عقلية متسلسلة يدركها النائم ..وترتبط الأحلام بالنوم المصحوب بحركة العين السريعة، حيث إن هناك نبضات تخرج من المنطقة السقيفية ذات الخلايا العملاقة تثبط النبضات القادمة من الجسم الركبي الجانبي (Lateral) Geniculate Body، ويبقى هذا التثبيط في حالة اليقظة وفي النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة، ويخبو مباشرة قبل النوم المصحوب بحركة العين السريعة، بما يسمح لنبضات المنطقة السقيفية أن تصل إلى الجسم الركبي الجانبي، وهي المحطة بين الشبكية والقشرة المخية البصرية، حيث تفسر هذه النبضات وكأنها قادمة من الشبكية ويشاهدها النائم كأحلام.

ويرى المحللون النفسيون أن الحلم يحقق إشباعاً رمزياً للرغبات المكبوتة، أي أنه طريق للتفريغ.

ويلعب الحلم دوراً في التوازن النفسي .. وللأحلام محتوى ظاهر من الأفكار والأحداث كما يذكره الشخص الحالم، ومحتوى من الرغبات المكبوتة التي يعبر عنها بطريقة غير مباشرة في المحتوى الظاهر، ويحلم الإنسان في كل ليلة ينامها، ولكن

أغلب هذه الأحلام تنسى بمجرد الاستيقاظ من النوم.

٢- الانتباه (Attention):

هو تركيز الوعي تجاه مثير معين، وهو عملية انتقاء إيجابي لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التي تتزاحم على مداخل الإدراك للإنسان، وبإمكان الشخص التركيز على أكثر من مثير في نفس الوقت، مثل السائق الذي يقود عربة ويتحدث إلى شخص يجلس إلى جواره، فهو ينتبه لمحدثه في نفس اللحظة التي يقوم فيها بقيادة العربة، ولكن لا يمكن للإنسان أن ينتبه لمثيرين يحتاجان لدرجة عالية من التركيز في نفس الوقت.

والانتباه إما أن يكون أولياً: وهو الانتباه اللاإرادي الذي يحدث تلقائياً دون إرادة الشخص، ويسمى الانتباه الغريزي أو المنعكس (Reflexive)، مثل الانتباه لصوت مفاجئ كطلق ناري أو صرخة مفاجئة، أو أن يكون ثانوياً: وهو الانتباه الإرادي الذي يوجه فيه الشخص يقظته تجاه مثير معين بإرادته، مثل الانتباه لشخص يتحدث معه دون الانتباه لمثيرات أخرى.

وتؤثر في الانتباه عوامل داخلية، منها كون المثير يلبي احتياجاً بيولوجياً، كالإنسان الجائع الذي تجذب انتباهه رائحة الطعام، وعوامل خارجية متمثلة في نوع المثير وشدته، ومكانه ووضوحه وتؤثر العوامل الداخلية في توجيه الانتباه أكثر من العوامل الخارجية.

والانتباه نوعان، أحدهما حسي حيث يتركز الوعي على المثير لاستقباله عن طريق الحواس، والآخر معرفي يتركز على فهم المثير واستيعابه وتفسيره حسب الخبرة السابقة وتخزينه في الذاكرة.

والأجزاء المسؤولة عن وظيفة الانتباه هي نفس الأجزاء من الجهاز العصبي المسؤولة عن وظيفة الوعي، وهي الجهاز المنشط الشبكي والقشرة المخية، حيث يتلقى الجهاز المنشط الشبكي المعلومات (المثيرات) القادمة عبر الحواس الخمس.

٣- الإدراك (**Perception**):

هو فهم وتفسير المثيرات بناءً على الخبرة، أي أنه يشمل عمليتي استقبال المثير وفهمه، والإدراك يزود المخ بالمعلومات والتغيرات الداخلية والخارجية ليؤدي وظائفه بكفاءة، ويعتمد على الوعي والانتباه وهو نوعان:

أ- إدراك حسي (Sensory Perception).

ب- إدراك يتعدى حدود الحواس (Extra-Sensory Perception).

أ- الإدراك الحسي (Sensory Perception).

ويشمل فهم جميع المثيرات القادمة من الحواس ويبلغ عدد هذه الحواس إحدى عشرة حاسة، هي (البصر والسمع والشم والذوق واللمس، ويشمل التلامس وإحساس الضغط والإحساس بالدفء والإحساس بالبرودة والإحساس بالألم والإحساس بالحركة، وإحساس الوضع ـ التوازن).

ويقسم الإدراك الحسي بحسب الحاسة التي تستقبله إلى:

١- **الإدراك البصري:** هو فهم المثيرات القادمة عن طريق البصر، حيث تنتقل الصورة من شبكية العين إلى العصب البصري وإلى المسارات البصرية ثم إلى مراكز الإدراك البصري في الفص القفوي من القشرة المخية، حيث يرتبط بالذاكرة البصرية فيتم تفسير معنى المثير تبعاً للخبرة المخزونة في الذاكرة.

٢- **الإدراك السمعي:** يتم استقبال المثير (الصوت) القادم من الأذن إلى العصب السمعي وإلى المسارات السمعية، ثم إلى مراكز السمع في الفص الصدغي المرتبط بالذاكرة السمعية، حيث يتم تفسير معنى المثير.

٣- **الإدراك الشمي:** يتم باستقبال المثير (الرائحة) القادم من الأنف إلى العصب الشمي ثم إلى مركز الشم في القشرة المخية من الفص الصدغي، فيفسر المثير بناء على الخبرة المخزونة في الذاكرة الشمية.

٤- الإدراك الذوقي: يتم باستقبال المثير (المذاق) القادم من اللسان إلى الأعصاب الناقلة له، وهي العصب الوجهي (السابع)، والبلعومي اللساني (التاسع) والعصب الحائر (العاشر)، حيث يجتمع في المهاد ثم ينتقل إلى القشرة الحسية في الفص الجداري للمخ، ويتم تفسير المذاق تبعاً للخبرة المخزونة في الذاكرة.

٥- الإدراك اللمسي: حيث تُعطى للمثيرات (الملموسات) تفسيراً تبعاً للخبرة السابقة، وبإمكان الشخص أن يستقبل أكثر من مثير في الوقت نفسه، كما يحدث أثناء الطعام، حيث يعتبر الطعام مثيراً بصرياً وشمياً وذوقياً ولمسياً.

ويتم الإدراك الحسي باستقبال المثير وتحوله بواسطة جهاز الحس المستقبِل إلى نبضات عصبية، تُنقَل عبر المسارات العصبية إلى المنطقة الخاصة بها من القشرة المخية، حيث يتم ترجمة هذه النبضات بمساعدة الذاكرة الخاصة بالإحساس المُدرَك، ويقوم التكوين الشبكي في المخ بتنقية المثيرات القادمة إلى القشرة المخية والحفاظ على درجة اليقظة الموجهة للمثير (الوعي والانتباه) اللازمة لإتمام الإدراك.

وما بين ظهور المثير والتعرف عليه بواسطة الشخص المدرِك وقتٌ قليل يسمى وقت الإدراك، وهو الوقت المستغرق خلال انتقال النبضة العصبية من جهاز الاستقبال إلى المراكز المناسبة في المخ .. ولكن هناك وقت بالغ الأهمية وهو الوقت اللازم للتغلب على الحاجز الانفعالي المحدد للإدراك، والذي يعتبر حاجزاً مهماً يحمي الشخص ضد الإثارة الصدمية التي قد تحدث نتيجة للإدراك.

الحرمان الحسي (**Sensory Deprivation**):

هو توقف نشاط الإدراك الحسي بسبب توقف المثيرات الخارجية، وينشأ عن هذا التوقف اضطراب الجهاز العصبي بسبب نقص التكوين الشبكي، مما يؤدي إلى حدوث اختلال في الإدراك، حيث يسيطر الخيال على إدراكات القشرة المخية، وتلاحَظ هذه الاضطرابات الإدراكية الناشئة عن الحرمان الحسي في السجون الانفرادية والمعتقلات السياسية وفي سجون أسرى الحرب، كما نلاحظ حالات الحرمان الحسي أيضاً مثل فقدان السمع أو البصر لدى المسنين، أو الحرمان البصري بعد إجراء بعض

العمليات الجراحية للعينين، والذي يترتب عليه ظهور هلاوس (إدراك بدون مثير)، مثل رؤية أشياء ليست موجودة أو سماع أصوات ليس لها وجود حقيقي.

العوامل المؤثرة في عملية الإدراك:

١- **يتأثر إدراك الإنسان بخبرته الماضية بالمثير**: حيث يتأثر بمشاعره الداخلية تجاه المثير، فإدراك الشخص لشيئ يرغبه أسهل بكثير من إدراكه لشيئ لا يرغبه.

٢- **حالة الشخص الانفعالية**: حيث تؤثر حالة الشخص الانفعالية في إدراكه للأشياء، فالشخص المسرور يرى الحياة مبهجة زاهية بينما يراها الحزين قاتمة مظلمة.

٣- **الحالة البيولوجية للشخص**: تؤثر الحالة البيولوجية في إدراك الشخص، فإذا كان جائعاً فإنه يدرك رائحة الطعام أسرع من الشخص الذي لا يشعر بالجوع.

٤- **عملية الإيحاء (Suggestion)**: يتأثر الإدراك بعملية الإيحاء، خاصة لدى الأشخاص القابلين للإيحاء حيث يدركون ما يوحي به الآخرون إليهم.

٥- **التقويم (Hypnosis)**: هو إيحاء يوجه للشخص المراد تنويمه لإيصاله إلى درجة من تناقص الوعي والخضوع لإدارة المنوِّم.

ب- الإدراك المجاوز لحدود الحواس:

وهو أحد الظواهر التي لا تخضع لقوانين الطبيعة (الباراسايكولوجية)، ولا يعرف تفسيره حتى اليوم، والذين يؤمنون بهذا النوع من الإدراك يرون أن هناك تفسيراً ما لذلك قد يُكشف عنه يوماً ما. وما يرد في هذا المجال لا يُستبعد معه عوامل الصدفة والإدراك الحسي الحاد.

٤- الذاكرة (Memory)

هي خزن الأحداث والمعلومات واستدعاؤها عند الحاجة، وتتكون من ثلاث

مراحل، هي الانطباع (التسجيل) والتخزين والاستدعاء، فعندما تقابل شخصاً ما ويُذكر اسمه يتم إدراك المعلومة التي ينقلها صوته وتسجل في الذاكرة، وهذه هي مرحلة التسجيل، وتمضي فترة فتقابل الشخص نفسه، وهذه هي مرحلة تخزين المعلومة، وعندما تقابله مرة ثانية فإنك تتذكر هذا الشخص وتستحضر اسمه في ذهنك وتناديه به، وهذا هو استدعاء المعلومة.

وتقسم أنواع الذاكرة بحسب عمق الانطباع ومدة التخزين، فالانطباع الأولي عن المعلومة دون إدراكها تماماً يسمى **الذاكرة الحسية** (Sensory Memory)، وتقل مدة اختزان المعلومة عن ثانية واحدة، وذلك إذا لم يتم نقلها فوراً إلى نوع آخر من الذاكرة يسمى **الذاكرة القصيرة الأمد** (Short-Term Memory)، وذلك بتركيز الانتباه أكثر على المعلومة وإدراكها، فعندئذ تتحول المثيرات إلى معانٍ تحفظ لمدة تقل عن دقيقة (ثوان معدودة)، أما إذا كان هناك إدراك أكثر للمعلومة وفهم أكثر تبعاً للخبرة السابقة، فإن المعلومة تنتقل إلى مخزن الذاكرة **طويلة الأمد** (Long Term Memory)، وهناك كم هائل من المعلومات التي تدخل إلى حواس الإنسان (عن طريق العين والأذن والأنف واللسان والجلد)، ولا يتم إدراك هذه المعلومات كلها إدراكاً كاملاً، وعدم الانتباه إلى أي معلومة منها يجعلها لا تتجاوز مدى الذاكرة الحسية؛ لذلك فإنها تتلاشى في أقل من ثانية، بينما إذا كان هناك انتباه جزئي فإن ذلك يعطي فهماً جزئياً يُنقل إلى مخزن الذاكرة قصيرة الأمد حيث تخزن لثوان معدودة، أما الانتباه الكامل والإدراك الكامل والربط بالخبرة السابقة فإن ذلك ينقل المعلومة إلى الذاكرة طويلة الأمد، فتخزن في الذاكرة لوقت طويل.

إن مناطق الذاكرة في المخ هي الفص الصدغي من القشرة الدماغية، والأجسام الحلمية في منطقة تحت المهاد (المهيد)، والجهاز العصبي المحيطي، ولكن تخزين المعلومة يتم في المنطقة المختصة بنوع تلك المعلومة، فالصورة يتم إدراكها بالقشرة البصرية من المخ وتخزن بها، والصوت يتم إدراكه بالقشرة السمعية ويخزن بها وهكذا، أما إذا كانت المعلومة مركبة من بصرية وسمعية وشمية وذوقية ولمسية، فإن

مكوناتها تخزن في الذاكرة كلٌ في مكانه في المنطقة المخصصة بذلك، وعند استدعائها يلعب الارتباط بين مناطق القشرة المخية المختلفة دوراً في استعادتها كاملة.

العوامل المؤثرة في الذاكرة:

١-الانتباه: وله دور مهم في نقل المعلومة من الذاكرة الحسية إلى الذاكرة قصيرة الأمد

وزيادة الانتباه للمعلومة يؤدي إلى إدراكها أكثر، وربطها بالخبرة السابقة وهذا ينقل المعلومة إلى الذاكرة طويلة الأمد، كما يعتبر الانتباه ضرورياً لعملية استدعاء المعلومة من مخزن الذاكرة.

٢-الإدراك: يؤثر الإدراك الواضح للمعلومة وربطها بالخبرة السابقة في نقل المعلومة إلى الذاكرة.

٣- نوع الانفعال المصاحب للمعلومة: يتذكر الشخص الخبرات السارة، بينما ينسى الخبرات المؤلمة، كما يعيق القلق وقت استدعاء المعلومة وتذكرها.

٤- ربط المعلومة وتصنيفها تبعاً للخبرة السابقة: حيث يقوم هذا الربط بحفظ المعلومة لفترة أطول ويسهل استدعاؤها عند اللزوم.

وقد يحدث أحياناً أن المعلومة بعد أن يتم تسجيلها وخزنها في الذاكرة طويلة الأمد فإنها تُنسى بعد مرور فترة من الزمن، ويفسر هذا النوع من النسيان بإحدى النظريات النفسية الآتية:

١- نظرية الضمور: هذه النظرية تفترض أن المعلومة إذا لم تستعمل بصورة مستمرة فإنها تضمر، وينقض هذه النظرية مقدرة الشخص الأعمى على تذكر ما رآه قبل إصابته بالعمى.

٢- نظرية التداخل: هذه النظرية تفترض حدوث تداخل معلومة جديدة لتعيق استدعاء معلومة قديمة، إما بطريقة الكف الراجع (Retrospectiv Inhibition)

أو بطـــريقة الكـــف اللاحق (Prospective Inhibition)، حيث تتداخل معلومة قديمة في تخزين معلومة جديدة.

٣- نظرية الكبت: وهذه النظرية تفسر تبعاً لنظرية التحليل النفسي، إذ إن الكبت هـــو أحد الحيل الدفاعية التي يتخلص بها الشخص من الخبرات غير المرغوب بها من خلال دفعها إلى دائرة اللاشعور.

٤- الوجـــــدان (**Mood**) : هـــي وظـــيفة تصنف حالة الشخص الداخلية التي تســـمى الشـــعور (Feeling) ومـــا يصـــاحبها من تغيرات فسيولوجية داخلية وخارجية تسمى الانفعال (Emotion)، حيث إن الشعور هو الخبرة الذاتية التي يدركهـــا الفـــرد كحالة داخلية، مثل الفرح والحزن، والانفعال هو الحالة الحيوية التـــي تنـــتج مـــن التغيرات الفسيولوجية التي تحدث كاستجابة لشعور ما وتميل للمحافظـــة عليه أو إلغائه، لذلك فإن الوجدان يتكون من قسمين: أحدهما خارجي يدعـــي التعبـــير الوجداني (Affect) (وهو الانفعال الذي يظهر كتعبير لشعور داخلـــي) يلاحظـــه المحـــيطون بالشـــخص، بينما القسم الآخر داخلي لا يمكن ملاحظته ولكنه خبرة ذاتية.

والحالة الوجدانية (Mood) تصف الانفعال الذي يبقى لفترة ويؤثر على أفكـــار الشخص وسلوكه تجاه البيئة المحيطة به، وهي حالة مؤقتة مقارنة بمزاج الشـــخص المميـــز (Temperment) الذي يعتبر الحالة الانفعالية المتأصلة لدى الشـــخص، فـــيؤثر في تفاعله مع المثيرات والمواقف، ويتحدد المزاج في الفترة المبكرة من حياة الفرد.

يعتبر الجهاز المحيطي والقشرة المخية مركزّي الوجدان، حيث يتم استقبال المثير عبر الحواس، وتمر المعلومات الخاصة به إلى القشرة المخية كلٌ حسب منطقة التخصص، فيتم إدراكه، ويؤدي الارتباط بين مناطق القشرة المخية المختلفة إلى استدعاء جميع المعلومات المرتبطة بالمثير والمخزونة في الذاكرة، كما ترسل في الوقت نفسه إشارات إلى الجهاز الانفعالي لإحداث الحالة الانفعالية

المناسبة، ويلعب المهيد دوراً هاماً في الانفعال كونه أحد أجزاء الجهاز الانفعالي والتحكم في نشاط الجهاز العصبي المستقل (السمبثاوي والباراسمبثاوي)، حيث يقوم بتنشيط الجهاز السمبثاوي إذا كان المثير يتطلب حالة التحفز في الجسم والاستعداد للقتال أو الهرب، وينشط الجهاز الباراسمبثاوي إذا كان المثير باعثاً على الطمأنينة والهدوء في نفس الوقت الذي يرسل فيه الجهاز الانفعالي إشارات للقشرة المخية لإحاطتها بمعلومات عن الانفعال الموجود.

ويتشابه الانفعال في حالات الخوف والغضب والخجل رغم اختلاف الشعور الداخلي في كلٍ منها، وذلك لأن ردود أفعال الجهاز العصبي متشابهة، ومن ثم فإن المحدد لنوع الانفعال هو التفسير الذاتي له، كما يتأثر الانفعال بالوعي والانتباه والإدراك والخبرة السابقة بالمثير، وللانفعال فوائد عديدة، أهمها أنه يهيئ الفرد لمواجهة المثير (من خلال استعداده للقتال أو الهرب)، وكذلك يعطي التعبير الانفعالي ترابطاً بين الأشخاص وفهماً اجتماعياً متبادلاً عن طريق المشاركة الوجدانية، كما أن التعبير الانفعالي يولد شحنة داخلية تعتبر الوجود الداخلي للدوافع والرغبات التي ينشأ عنها التفكير والسلوك الموجه نحو الأهداف.

٥- التفكير (**Thinking**): هو عملية التخيل العقلي الداخلي للأفكار دون النطق بها، ويعتمد التفكير على تكوين المفاهيم التي تتكون وتخزن في ذاكرة الفرد، بدءاً من مرحلة الطفولة المبكرة عندما يبدأ بتعلم خصائص وأسماء الأشياء والأحداث ويستخدمها في عملية التفكير الموجَّه (لحل مشكلة ما) أو التفكير غير الموجَّه، كما يعتمد التفكير على فهم المعاني وإدراك العلاقات بين الأشياء التي يكتسبها الفرد من خلال عملية التعلم السابق المتمثلة في الإدراك والذاكرة والوجدان، وكذلك يعتمد على الوعي والانتباه، إذ لا يمكن لشخص أن يفكر تفكيراً موجهاً هادفاً دون وعي وانتباه، ولا يمكن ملاحظة التفكير ما لم يصدر سلوك يعبر عنه لغوياً كان أو حركياً، ومن ثم فإن عملية التفكير تعتمد

على سلامة مراكز الوعي والانتباه المتمثلة في الجهاز المنشط الشبكي وارتباطه بالقشرة المخية، ومراكز الإدراك والذاكرة والارتباط بين مناطق القشرة المخية المختلفة.

وعبر مراحل النمو العقلي من مرحلة الطفولة إلى البلوغ يتطور التفكير حسب اكتساب المفاهيم والقدرة على تصورها واستخدام الرموز وتجريد المعاني، حيث إن التفكير التجريدي هو أعلى درجات التفكير، وعندما يواجه الشخص مشكلة ويوجه تفكيره لحلها فإنه يمر عادة بالخطوات التالية:

١- يتعرف على المشكلة حيث يكتشفها ويبدأ في الاتجاه للتفكير فيها.

٢- يحدد المشكلة وأبعادها وظروفها والعوامل المؤثرة فيها.

٣- يقدم الافتراضات ويختار أنسبها كحل للمشكلة.

وقد يكون الشخص تقليدياً في مواجهة المشكلة، حيث يتبع الأساليب والطرق التي اعتادها في خبرته التعليمية السابقة، وهذا قد يعوق الشخص عن الإتيان بالجديد فلا يجد الحل المناسب لمشكلة تتطلب حلاً غير تقليدي، وقد يفكر الشخص بطريقة تباعدية (Divergent Thinking)، أي أنه يصل إلى أكثر من حل غير تقليدي للمشكلة، ويعتبر هذا الشخص مبتكراً وقادراً على الإتيان بالجديد من الأفكار، وهذا النوع من التفكير المصاحَب بالذكاء المرتفع يولِّد المخترعين والمبدعين الذين غالباً ما تصفهم مجتمعاتهم بالجنون؛ لرفض المجتمع قبولَ الجديد من أنماط التفكير في بادئ الأمر.

٦- الحركة (**Motility**): هي ما يتم من انقباض العضلات، وللحركة مستويات، فالحركة البدائية البسيطة هي حركة العضلات والمفاصل، مثل حركة إصبع اليد دون هدف، أما الفعل فهو الحركة الموجهة إلى هدف وتحدث تغييراً في البيئة الخارجية، مثل حركة الإصبع على مفتاح الآلة الكاتبة لكتابة حرف.

وتتم الحركة عن طريق الجهاز الحركي المكون من العضلات،ويسيطر عليه ويوجهه الجهاز العصبي، وتكوّن العضلات (٧٠%) من وزن جسم

الإنسان.

كيف تنقبض العضلات؟

هــناك أجــزاء انقباضية في العضلة تتكون من مواد بروتينية، تسمى إحداهما الأكتيــن (Actin) وهــي خيوط دقيقة، وتسمى الأخرى الميوزين (Myosin)، وهي خــيوط أسمك قليلاً من الأكتين تنزلق على بعضها البعض، حيث يدخل أيون الكالسيوم إلى الليفة العضلية ويسبب رؤوساً جزيئية على خيوط الميوزين التي تتداخل مع خيوط الأكتين وتنثني معاً مقصِّرة طول العضلة.

تعتبر وظيفة الحركة طريقة للتعبير والتواصل بين البشر، والمتعارف عليه أن الإيماء بالرأس علامة على الموافقة، والتلويح باليد علامة على الوداع، وهناك حركات للجسم أو أجزائه تعطي معاني يفهمها المُستَقبِل لها، ويسمى هذا بالتواصل غير اللفظي.

٧- الكــلام (Talking): هــو طريق التعبير اللفظي سواء بالنطق أو الكتابة، ويعتبر أكــثر رقياً من الحركة في التعبير، وهو وظيفة مكتسبة لها أساس حسي وآخر حركي، والتوافق بينهما يُخرج الكلام سوياً.

يــتكون الأســاس الحســي من المناطق الحسية في القشرة المخية، والمرتبطة بــالفهم والإدراك وخزن المعلومات، ويعتبر الكلام نتاجاً لعملية التفكير باستخدام الألفاظ التي ترمز لمفاهيم تم إدراكها واختزانها في الذاكرة.

أمــا الأســاس الحركي للكلام، فإنه يتكون من الحنجرة، البلعوم، الفم، اللسان والــيد، وما يتحكم فيها من مراكز عُليا، وهي منطقة التلفيف الجبهي الثالث التي تسمى منطقة بروكا (Broca s area)، والقشرة المخية الحركية.

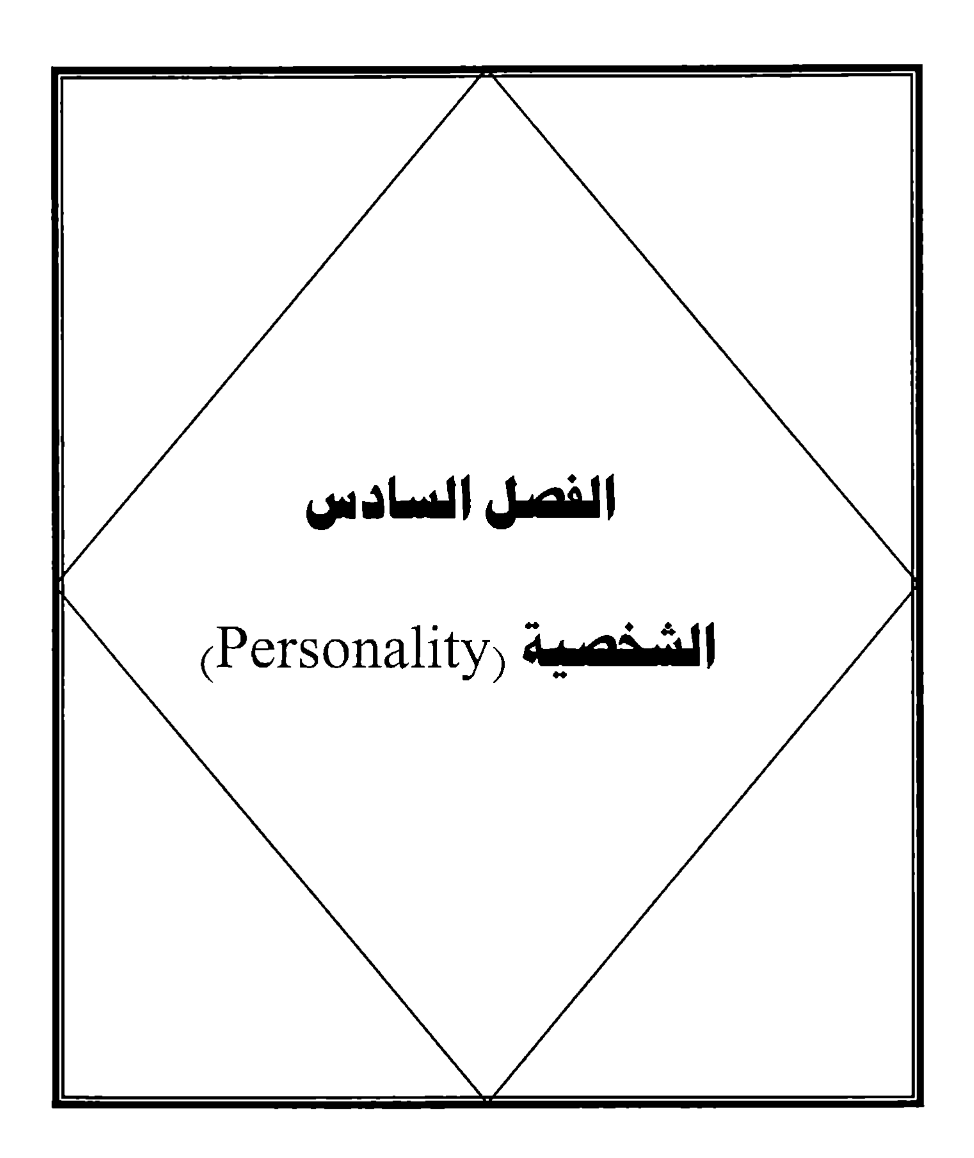
وهــذه المراكز ليست مسؤولة فقط عن سلامة وظيفة الكلام ولكن يلزم توافق بيــن الفصــوص الأربعة للقشرة المخية بالإضافة إلى سلامة الارتباط بين نصفي كرة المخ.

وقــد نــتج عــن وظيفة الكلام تكون لغات البشر المختلفة، فكانت اللغة نتاجاً وانعكاســاً للتفكــير، ولهــا دور مهم في عملية التفكير، إذ إن المعاني أو المفاهيم التي

يكتسـبها الإنسان لا بدّ وأن يرمز إليها برموز تمكّنه من استخدامها في التفكير والتعبير عنها، وهذه الرموز هي الكلمات أو الأعداد أو العلامات التي تصيب فيها المعاني التي يمكـن الاحتفاظ بها ثم الإفادة منها، لأن المعاني تظل حائرة في الذهن حتى تستقر في رموز مناسبة فتثبت وتتبلور ويسهل تذكرها واستخدامها في التفكير.

ثانياً: الوظائف النفسية المركبة:

وهي الوظائف التي تتألف من مجموعة من الوظائف البسيطة، مثل الاهتداء الذي هو عبارة عن إدراك وذاكرة، ويشترط لذلك قيام وظيفتي الوعي والانتباه بدورهما، وكذلك وظيفة التعلم التي تتألف من وعي وانتباه للمعلومة وإدراك وفهم لها مخزنها في الذاكرة، أما وظيفة الذكاء فهي المحصلة لعدد كبير من الوظائف النفسية وهي الإدراك الذي يلزم له الوعي، والانتباه، ثم الذاكرة، والتفكير والحركة والكلام، فالوظائف النفسية المركبة تعتمد على الوظائف النفسية البسيطة لتكوين وظائف أكثر تعقيداً.



الفصل السادس

الشخصية (Personality)

الشخصية
(Personality)

تعــرف الشخصــية بأنهــا النمط العام الناتج كسلوك يميز الشخص من حيث صفاته وعاداته وأفكاره واهتماماته وفلسفته في الحياة.

لقــد كانــت الشخصــية موضــع تجارب واختبارات للعديد من الباحثين على اخــتلاف اتجاهــاتهم وفلسفتهم وطرق دراستهم باعتبارها محصلة للنفس والجسد، وقد توصــل كل منهم إلى وضع نظرية لفهم الشخصية، حيث استخدموا في ذلك المقابلات والملاحظات المضبوطة والتجارب والاختبارات، وأهم هذه النظريات هي:

١-النظريات البيولوجية:

أ- النظرية الوصفية للبنية الجسمية:

وقــد وضعها العالم وليم شلدون (١٨٩٨-١٩٧٧) وهو عالم وطبيب أمريكي اشــتهر ببحوثه في محاولة الربط بين الأنماط الشخصية والأنماط الجسمية، وقد توصل إلــى أن نمــط البنــية الجسمية يرتبط بنمط معين من الشخصية، حيث إن الخصائص الجســمية الوراثية تحدد الأنشطة التي يميل الشخص إلى ممارستها وهي تمثل توقعات الآخرين منه، فيلعب غالباً الدور الذي يتوقعه الآخرون منه.

وقد قسم شلدون البنية الجسمية إلى ثلاثة أنماط هي:

❖ النمط المكتنز (البدين) (Pyknic):

وهو الذي يكثر النسيج الداخلي الحشوي في تكوينه، ويطلق عليه الأندومورفي (Endomorphic)، وشخصية هذا الشخص تكون متأرجحة بين السعادة والحزن، اجتماعي، مرح، شره في الطعام.

❖ النمط الرياضي (Athletic):

وهو الذي يكثر النسيج الأوسط (الضام) في تكوينه،ويطلق عليه الميزومورفي

(Mesomorphic) وشخصية هذا الشخص متعالية،عدوانية، نشيط،شجاع ومتسلط.

❖ النمط النحيف (Athenic):

وهـو الذي يكثر النسيج الخارجي (الجلد والجهاز العصبي) في تكوينه ويطلق علـيه الاكتومورفـي (Ectomorphic)، وشخصية هذا الشخص خجولة، معزولة ومكبوتة.

وقـد أثبتت الدراسات الحديثة ضعف العلاقة بين البنية الجسمية وسمات الشخصية وبالتالي ضعف هذه النظرية.

ب- نظرية إيزنك (**Eysenk**) الفسيولوجية:

يرى هذا العالم أن هناك نمطين أساسيين للشخصية، أحدهما يدعى النمط الانبساطي (Extraversion)، والآخر يدعى النمط الانطوائي (Introvert).

وللانبساطي أساس من النشاط الفسيولوجي، حيث تتكون دائرة عصبية تربط الجهاز المنشط الشبكي الصاعد (Ascending Reticular Activating System) مع القشرة المخية، والجهاز المنشط الشبكي الصاعد الذي يزداد في الانطوائيين.

كما يرى إيزنك أن الميول العصابية (Neuroticism) لدى الشخصية تبنى أساساً على حلقة تشمل الجهاز المنشط الشبكي الصاعد والجهاز الـطرفي (Limbic System)، ويرتفع مستوى العصابية بارتفاع استثارة الجهاز الطرفي.

وقـد وصف إيزنك شخصية الشخص من النمط الانبساطي بأنه منطلق، كثير الحركة والكلام، يميل للاستعراض وحب الظهور في المحافل العامة، سريع في تكوين الصداقات، قليل التأمل والتفكير.

وهـو على العكس من الشخص في النمط الانطوائي، حيث يميل إلى العزلة والتفكـير الكثير، قليل الحركة والنشاط الجسمي غير محب لظهور في المحافل العامة، كما أنه يكوّن أصدقاء بصعوبة وهي صداقات من المستوى العميق.

٢- النظريات الإنسانية (Humanistic):

أهـــم روّاد هـــذه المدرسة (إبراهام ماسلو) (وهو أحد رواد المدرسة الإنسانية) و(كارل روجرز)، اللذان توصلا إلى أن الدافعية يمكن فهمها في إطار تدرج الحاجات، إذ إن غرائـــز الإنســـان عـــند المستوى الأدنى تكون الدافعية فيها محصورة في تحقيق حاجاته الأساسية (Basic Needs)، وبمجرد إشباع هذه الحاجات تتجه الدافعية لإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية (Metanccds) مثل الاحترام، ثم تكون الدافعية في سعي الشخص لتحقيق المستوى الأعلى وهو تحقيق ذاته (Self-actualization)، واكتساب قمة الخبرة.

٣- النظريات الدينامية النفسية:

تؤكد هذه النظريات على أهمية الدوافع والانفعالات والقوى الداخلية، وترى أن الشخصية تنمو وترتقي من خلال حل الصراعات النفسية، ويعتبَر فرويد (S.. Freud) أهـــم روّاد هذه المدرسة بالإضافة إلى بعض تلاميذه الذين كان لكل منهم نظرة تحليلية للشخصـــية، وســـنعرض هـــنا شـــرحاً مختصراً لنظرية فرويد ثم نتبعه بعرض سريع لإسهامات تلاميذه.

أ- نظرية فرويد (S. Freud):

يـــرى فرويد أن السلوك له دافع داخلي من قوى لاشعورية تكونت عبر تاريخ الشخص وحياته وخاصة من خلال علاقته بوالديه.

ويرى أن ما يصدر عن الشخص من فعل أو تفكير أو شعور ناتج في الحقيقة عـــن تفـــاعل دينامي بين الأنظمة النفسية الثلاثة وهي: الهو (الذات الدنيا) (Id)، والأنا (الـــذات الوسطى) (Ego)، والأنا الأعلى (الذات العُليا) (Super Ego)، وإذا حدث أي اخـــتلال فـــي توازن أي من هذه الأنظمة النفسية فإن ذلك يؤدي إلى اختلال في تفاعل النظامين الآخرين معه ونشاطهما ليضادوه فينتج عنه الصراع الداخلي.

كمـــا يـــرى فرويد أن وعي الإنسان بالأفكار والذكريات والمشاعر يقع على ثلاثة مستويات، هي:

المستوى الأول: الشعور (الوعي) (Conscious)، وهو الجزء القليل من خبرات الإنسان.

المستوى الثاني: ما قبل الشعور (Preconscious)، وهو المستوى الذي تكون فيه الخبرات مدفونة تحت الوعي، ويمكن أن تستدعى بسهولة.

المستوى الثالث: اللاشعور (Unconscious)، وهو المستوى الذي يحتوي على معظم الخبرات ويصل إلى مستوى عميق لا يمكن تذكره، ولكنه قد يظهر في زلات اللسان والأحلام ومن خلال التداعي الحر(وهو ذكر الإنسان ما يخطر على باله دون توجيه منه أو قصد).

كما أشار فرويد إلى أن الشخصية تتكون من الخبرات التي يمر بها الطفل خلال مراحل متعاقبة من النمو النفسي الجنسي، وأن هناك طاقة ليبيدية تتركز في منطقة معينة من الجسم وفقاً لمرحلة النمو، وقد قسم فرويد مراحل النمو النفسي الجنسي إلى خمس مراحل هي (الفموية، والشرجية، والقضيبية، والكمون، والتناسلية)، والشخصية التي تمر بهذه المراحل وتتأثر بالقوى اللاشعورية تتكون من الأنظمة النفسية الثلاثة: الهو والأنا والأنا الأعلى، حيث اعتبر(الهو) المنظمة الأساسية وهو الذي يتمايز منه الأنا والأنا الأعلى.

ويتكون (الهو) من كل ما هو فطري موروث وموجود منذ الولادة بما فيها الغرائز، إذ إنه يعتبر مستودعاً للطاقة النفسية، حيث يقوم بتزويد العمليات التي يقوم بها الأنا والأنا الأعلى بالطاقة، كما أنه وثيق الصلة بالعمليات الجسمية التي يستمد منها طاقاته، فهو في نظر (فرويد) (الواقع النفسي الحقيقي) كونه يمثل الخبرة الذاتية للعالم الداخلي وليس له معرفة بالواقع الموضوعي. ويسعى الهو إلى تجنب الألم وتحقيق اللذة عن طريق الفعل المنعكس (Reflex) والعمليات الأولية التي تحاول إزالة وتفريغ التوتر من خلال تكوين صورة لموضوع يزيل التوتر، مثل تكوين صورة الطعام لشخص جائع، ولكن مثل هذه العمليات الأولية لا يمكنها أن تحقق الإشباع ولا تتمكن من إزالة التوتر بشكل تام فهي مجرد تحقيق رغبة في الخيال، لذلك تظهر عمليات نفسية ثانوية عن طريق النظام النفسي الثاني وهو الأنا.

فالأنا ينشأ للتعامل مع الواقع الخارجي .. وتقع عليه مسؤولية فهم هذا الواقع، ثـم يتصرف على أساس هذا الفهم وفق العمليات الثانوية (أي التفكير الواقعي)، ويقوم الأنا باختبار الواقع من خلال تكوينه خطة لإشباع الحاجات عن طريق العمليات الثانوية ثـم يختبر هذه الخطة هل هي صالحة أم لا ؟ وهو يستخدم جميع الوظائف النفسية من أجـل أن يـؤدي دوره بكـل كفـاءة، لذلـك فإن الأنا هو الجزء المسيطر على سلوك الشخصـية، فهو يختار من البيئة الجوانب التي يستجيب لها، ويقرر الغرائز التي تشبع، والطريقة التي يتم فيها ذلك الإشباع والتعبير عنها بطريقة مقبولة اجتماعياً. ولكي يقوم الأنـا بهـذه الوظـيفة التنظيمية عليه أن يعمل على تكامل مطالب متناقضة فيما بينها متصـارعة، وهـي مطالب (الهو) و(الأنا الأعلى) و(العالم الخارجي)، ودور الأنا هذا يجعلـه عرضـة للصراعات بين مطالب الأنظمة السابقة، فيقوم الأنا باللجوء إلى حيل دفاعية (Defensive Mechanisms) إزاء الصعوبات والصراعات من أجل التخفيف مـن حـدة الصراع وخفض حدة التوتر، والمحافظة على حالة التوازن النفسي، وهذه الحيل جميعها تتم لاشعورياً، وأهم هذه الحيل الدفاعية هي:

- الكبـت (**Repression**): هـو حيلة دفاعية لاشعورية يتم فيها دفع الدوافع والأفكار التي لا تقبلها الذات إلى دائرة اللاشعور بعيداً عن الشعور.

- الـنكوص (**Regression**): هو حيلة دفاعية لاشعورية يرتد بواسطتها الشخص إلى مـراحل سـابقة من النمو، حيث ينكص الشخص إلى نماذج من السلوك أو التصرفات البدائـية التـي لا تناسب عمره الحالي، وتلاحظ هذه الحيلة بوضوح في أمراض نفسية عديدة أهمها الفصام والتبول الوظيفي والتهتهة.

- التـبرير (**Rationlization**): هـو حيلة دفاعية تدفع الشخص لاشعورياً إلى تكوين أسباب لا حقيقة لها يبرر فيها السلوك أو الدوافع أو المشاعر غير المقبولة.

- التكوين العكسي (**Reaction Formation**): هو حيلة دفاعية يسيطر بها الشخـص على دافع أو شعور غير مقبول بتكوين عكسه، مثل الكراهية الشديدة تظهر في شكـل

حب مبالغ فيه.

- **الإسقاط (Projection)**: حيلة لا شعورية ينسب بها الشخص أفكاره ورغباته المستكرهة ومشاعره ونزعاته اللاشعورية الخاصة به وغير المقبولة إلى غيره من الناس.

- **الإزاحة (النقل) (Displacement)**: في هذه الحيلة يعيد الشخص لاشعورياً توجيه انفعالاته المحبوسة نحو أفكار أو أشخاص أو مواقف خلاف الأفكار والأشخاص والمواقف الأصلية سبب الانفعال، أي أنه ينقل انفعالاته السلبية أو الإيجابية من موضع إثارتها الأصلي إلى موضوع آخر يكون أقل انفعالاً وتأثيراً عليه.

- **الانشقاق (Dissociation)**: تتضمن هذه الحيلة عزل مجموعة من الوظائف النفسية عن باقي الوظائف، وتعمل بصورة آلية أو مستقلة (مثل فقدان الذاكرة أو تعدد الشخصية أو المشي أثناء النوم).

- **الإنكار (Denial)**: هو حيلة دفاعية لاشعورية يقوم بها الأنا لحماية النفس من المعاناة من القلق الزائد، حيث يقوم الأنا بإبعاد الأشياء التي قد تسبب قلق عن دائرة الوعي بها وإنكارها، فينكر الشخص لاشعورياً واقعاً ما ولا يعترف بوجوده.

ويختلف الكبت عن الإنكار في أن الكبت يحدث عندما يحاول الدافع الغريزي أن يكون شعورياً أو أن يعبر عن نفسه في صورة سلوك، فهنا يظهر الكبت.

أما الإنكار فإنه يجعل الشخص جاهلاً بحادث معين ولكن لا يمنعه من التعبير عن دوافعه الغريزية ومشاعره.

- **التوحد (Identification)**: حيلة دفاعية تندمج فيها شخصية الفرد في شخصية شخص آخر أو شخصية جماعة ما.

- **التوحد مع المعتدي(Identification with the aggressor)**: حيث يدمج الشخص في داخله صورة عقلية لشخص ما يمثل بالنسبة إليه مصدر الإحباط من العالم الخارجي،مثل التوحد الذي يتم في نهاية المرحلة الأوديبية بين الطفل الذكر وأبيه، حيث

يمثل الأب إحباطاً لعلاقة الطفل بأمه، ولأن الطفل لا يملك سبيلاً لمقاومة أبيه، فيضطر للتوحد به.

- العزل (Isolation): هي حيلة دفاعية يتم بها عزل فكرة أو ذكرى أو موقف عن ما يرتبط به من شعور لتجنب الانفعالات غير المقبولة.

- التسامي (Sublimation): حيلة دفاعية يتم بها توجيه الطاقة المكبوتة واستنفادها في ميادين أخرى من ميادين النشاط والإنتاج تقرها الأوضاع الاجتماعية والتقاليد، ويحقق التسامي درجة ضئيلة من الإشباع للنزعات الغريزية.

- الإبطال (Undoing): يتم بواسطة هذه الحيلة أداء فعل ما لإصلاح فعل تم وهو غير مقبول من الأنا، وهذه الحيلة بدائية من قبيل الأفكار والأفعال السحرية وذات طبيعة مترددة.

والأنا الأعلى ـ وهو النظام النفسي الثالث من الأنظمة النفسية ـ يعتبر الممثل الداخلي للقيم التقليدية للمجتمع وأخلاقياته والمثل العُليا والمعايير الأخلاقية، وهو المسؤول عما يوجد في الإنسان من نزعات نحو الخير والمثالية، ويعمل عمل الضمير في الإنسان، فيمنع الخطأ قبل وقوعه، ويكف رغبات الهو، ويحاسب الفرد على الأخطاء أو الآثام إذا ما ارتكبها.

وبهذه الأنظمة الثلاثة ـ التي تتألف منها الشخصية (الهو والأنا والأنا الأعلى) والتي تكونت عبر مراحل النمو النفسي ـ يتحقق التوازن النفسي لإخراج شخصية سوية، أو يختل التوازن ليكون الاضطراب والصراع النفسي الداخلي.

ب- إسهام يونج (G. Jung):

لقد أضاف يونج (وهو مؤسس مدرسة علم النفس التحليلي) إلى علم النفس فكرة اللاشعور الجمعي (CollectiveUnconscious) الذي يجمع ذكريات الآباءوالأجداد وخبراتهم ويعتبره الأساس العنصري الموروث للبناء الكلي للشخصية، وعليه يبنى الأنا

واللاشعور الشخصي وجميع المكتسبات الفردية الأخرى، ويرى (يونج) أن الأنظمة الرئيسية التي تتألف منها الشخصية هي الأنا واللاشعور الشخصي واللاشعور الجمعي والقناع (Persona) ثم الأنيما (Anima) أو الأنيموس (Animus) والظل (Shadow) والاتجاهات الانطوائية والانبساطية ووظائف التفكير والوجدان والإحساس والحدس، والذات التي هي الشخصية المتكاملة.

ويرى يونج أن الأنا يمثل العقل الشعوري ويتكون من المدركات الشعورية والذكريات والأفكار والمشاعر، وهو المسؤول عن شعور المرء بهويته واستمراريته، وهو مركز الشخصية، واللاشعور الشخصي يتمثل في الخبرات المكبوتة، وهي تماثل الشعور عند (فرويد) حيث يمكن للشعور أن يصل إليها، أما القناع فيمثل الشخصية العامة التي يظهرها الشخص للعالم من حوله .

أما الأنيما فهو النمط الأولي الأنثوي لدى الرجل، والأنيموس هو النمط الذكري لدى المرأة، فالرجل اكتسب نتيجة لحياته المستمرة مع المرأة لعصور طويلة أنوثة، واكتسبت المرأة من خلال هذه المعايشة الذكورة.

ويعمل هذان النمطان معاً باعتبارهما صوراً جمعية تدفع كل جنس إلى الاستجابة لأفراد الجنس الآخر وفهمهم، فالرجل يتفهم المرأة بفضل ما لديه من أنيما والمرأة تتفهم الرجل بفضل ما لديها من أنيموس. ولقد اعتبر يونج أن المسؤول عن الخطيئة لدى الإنسان هو الغرائز الحيوانية الموروثة التي تظهر إلى الخارج ويطلق عليه الشيطان وأسماه الظل.

كما اعتبر أن الذات (Thc Self) هي نقطة الالتقاء التي تتجمع حولها كل النظم الخاصة بالشخصية، وميز بين اتجاهين أساسيين تتخذهما الشخصية هما الانبساط (وهو توجه الشخص إلى العالم الخارجي) والانطواء (وهو توجه الشخص نحو العالم الداخلي)، وكلاهما موجود في الشخصية.

ج- إسهام أدلر (**A. Adler**):

افترض أدلر (وهو مؤسس مدرسة علم النفس الفردي) أن الحوافز الاجتماعية

تحـــرك سلوك الإنسان، وهو كائن اجتماعي في أساسه، واعتبر أن الاهتمام الاجتماعي فطـــــري فــيه بالرغم من أن الأنماط النوعية للعلاقات والنظم الاجتماعية التي تظهر وتتكون تحددها طبيعة المجتمع الذي يولد فيه الإنسان، وقلل من أهمية الجنس.

فــنظرية أدلر تعكس وجهة نظر بيولوجية لا تختلف عن وجهة نظر (فرويد) و(يونج)، حيث يفترض الثلاثة أن للإنسان طبيعة فطرية تشكل شخصيته، وأضاف أدلر فكرة الذات الخلاقة التي اعتبرها هي صاحبة السيادة في بناء الشخصية، واعتبرها شيئاً يحــتل مكاناً متوسطاً بين المثيرات والاستجابات للشخص، وأن الإنسان هو الذي يصنع شخصــيته ويبنـــيها، وأكد على تفرد الشخصية، فاعتبر أن كل شخص هو عبارة عن صـــياغة فريدة من الدوافع والصفات والاهتمامات والقيم، إذ إن كل فعل للإنسان يحمل طـــابع أســـلوبه الخـــاص والمتمـــيز في الحياة، كما اعتبر أدلر أن الشعور هو مركز الشخصـــية، وأن الإنســـان هو كائن شعوري يعرف أسباب تصرفاته ويشعر بنقائصه والأهداف التي يحاول بلوغها.

د- إسهام إريكسون (E. Erikson):

عمـــل إريكســـون (وهو عالم نفس أمريكي مشهور بنظريته عن النمو النفسي الاجتماعـــي) علـــى توسيع نظريات فرويد في النمو، فوضع النمو في مراحل تبدأ من الـــولادة وحـــتى الممـــات في الشيخوخة، وأطلق على هذه المراحل اسم مراحل النمو النفســـي الاجتماعي لأهمية الجانب الاجتماعي، ولكل مرحلة جديدة صراع جديد، ففي الســـنة الأولـــى يواجه الطفل صراعاً بين الأمان في مقابل عدم الثقة، وهذا يكون تبعاً لعلاقـــة الأم بالطفل، فإذا نجحت الأم في إقامة علاقة تجعل الطفل يشعر فيها بالأمان، فإنه يثق في الطرف الآخر، وإذا فشلت فإنه يشك ويتخوف من العلاقة بآخر.

وفي السنة الثانية حيث تنمو عضلات الطفل فيمشي مستقلاً، ويستطيع أن يبتعد عـــن أمه، كما يستطيع التحكم في مخارجه وإطعام نفسه، أي أنها بداية الاستقلال، فإذا شجعته الأم ووفرت له الأمان والحماية عند سقوطه دون أن تلومه أو توبّخه فإنه يجتاز

هـذا الصـراع، أمـا إذا أشارت إلى أنه سيئ أو وبّخته، فإنه يكون حساساً لما تقوله، ويـتولد لديـه الشـعور بـالخجل والشك في قدراته، وقد سمى إريكسون هذه المرحلة بالاستقلال مقابل الخجل والشك في القدرات.

وفي السنة الثالثة إلى السادسة يكون الطفل مبادراً في مقابل الإحساس بالذنب، حيـث يكون متطلعاً، شغوفاً، فضولياً، وتبدأ مبادرته الأولى داخل الأسرة فيتعلق بوالده من الجنس المقابل، ثم يبدأ في التفرقة بين ما يريده هو وما يُطلب منه أن يفعل، وتتسع هـذه الـتفرقة حـتى يحول قيم والديه تدريجياً على أنها طاعة وتوجيه وعقاب لنفسه، وسمّى هذه المرحلة المبادرة في مقابل الإحساس بالذنب.

ومن السنة السادسة إلى الثانية عشرة من عمر الطفل، وهو عمر المدرسة يكون الطفل مثابراً من أجل التعلم ومن أجل تعلم مهنة، حتى تصبح لديه ثقة في نفسه وفي قدرته على استخدام أدوات الكبار، ويسبب فشله الشعور بالنقص والدونية، وسمّى هذه المرحلة المثابرة في مقابل الشعور بالدونية.

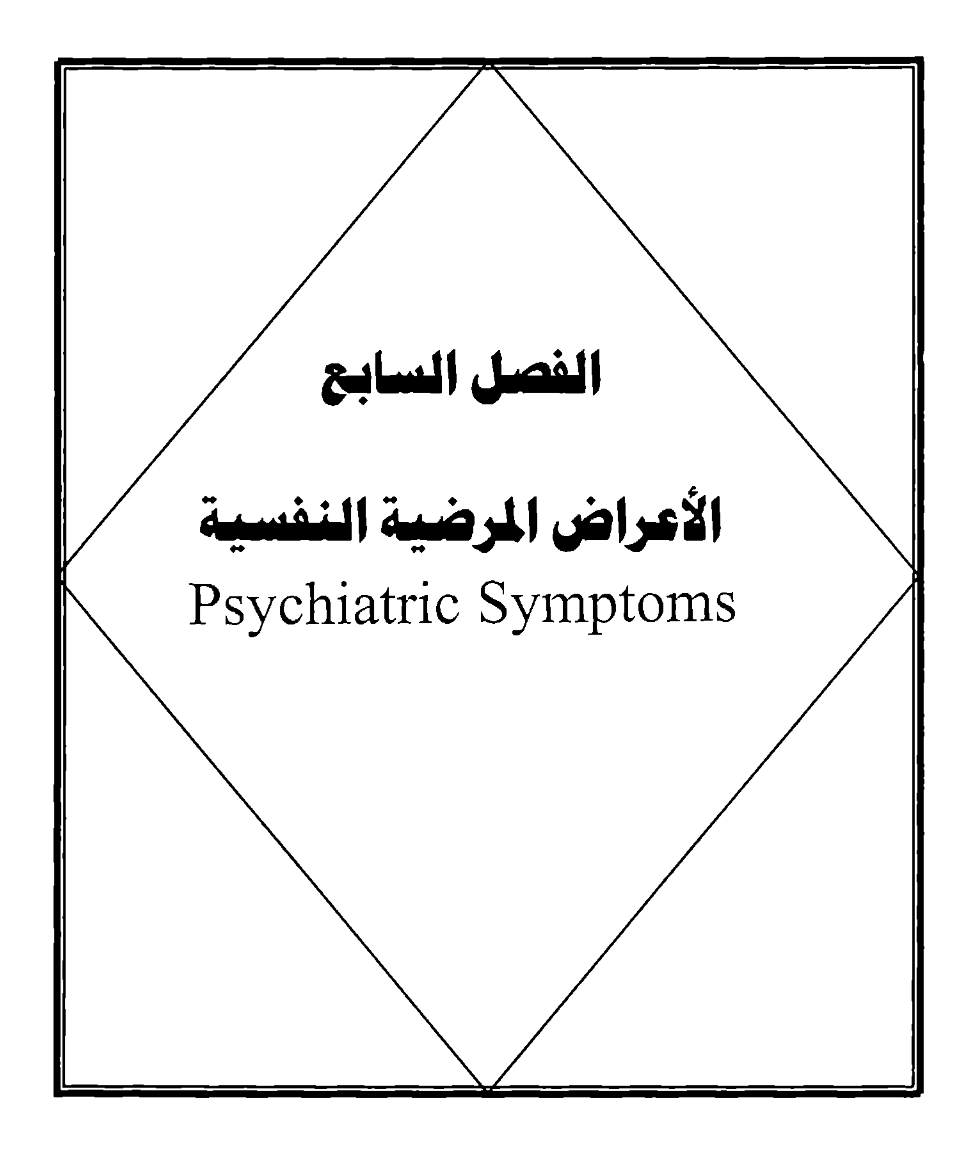
وفي السنة الثانية عشرة إلى الثامنة عشرة، وهو سن البلوغ يبرز فيه اختلاف المـراهق عـن نفسه قبل ذلك وعن ما يرغبه والديه، ويسلمه هذا إلى غموض الرؤية، وسمّى هذه المرحلة الهوية في مقابل غموض الدور.

وفـي السـنة الثامـنة عشـرة إلى الأربعين من العمر يتجمع الشباب في هذه المرحلة معاً مشكلين فرقاً وجماعات.

ويكـون الشاب في شك بين ما تعلمه من أخلاقيات وهو طفل وما يراه حادثاً بيـن الكـبار، وأبـرز مـا يعانيه الشباب في هذه المرحلة هي أزمة الهوية التي يدور محورها على تساؤلين أساسيين هما: من أنا ؟ وماذا أريد ؟ ويبدأ الارتبـاط بعـلاقـة راشدة من ألفة أو زواج من الجنس الآخر، وهي بداية مرحلة الألفة مقابل العزلة.

وفي سن الأربعين يتساءل الشخص في هذه المرحلة عن معنى وجوده، ويبدأ إنتاجه من أجل المجتمع ويحقق به معنىً لوجوده في مقابل الخمول واللامبالاة .

وفـــي سن الستين ينظر الإنسان إلى ما مضى من عمره، فيشعر بأن إنجازاته قـــد تكاملـــت ويرضى عن نفسه، فيكون الرضى والقوة في مواجهة الموت، وإذا حدث عكس ذلك فيكون اليأس والخوف من الموت.



الفصل السابع

الأعراض المرضية النفسية

Psychiatric Symptoms

الأعراض المرضية النفسية
(Psychiatric Symptoms)

عـندما تضطرب وظيفة جسمية ما ينتج عنها أعراض مرضية تدل على هذا الاضطراب، وكذلك بالنسبة للوظائف النفسية إذا أصابها اضطراب ما نتج عنه أعراض مرضية نفسية، نذكرها فيما يلي:

أولاً :الأعراض المرضية الناشئة عن اضطراب الوعي
(Disturbances of Consciousness)

هـناك تغـيرات للوعـي كمـياً ونوعياً، فالتغير الكمي يحدث في حالة النوم (Slecp)، حيـث يتـناقص وعي الإنسان بذاته وما حوله، ولكنه يعود إلى حالة الوعي الطبيعي بمجرد تنبيهه.

ولكن قد يصبح النوم حالة مرضية في حالات منها:

١- كثرة النوم (Hypersomnia).

٢- النوم الانتيابي (Narcolepsy): وهو حالة من اضطراب النوم تتميز بنوبات قصيرة لا إرادية ومتكررة من النوم.

٣- الوسن(Somnolence):هي حالة من النوم المرضي (الدوخة)(Drowsiness)، يمكن فيها إيقاظ الفرد منها وعودته إلى حالة الوعي الطبيعي.

وهناك حالات أخرى من اضطراب الوعي الكمي منها:

الغيبوبة (السبات) (Coma):

هي حالة من اضطراب الوعي يصاب بها الشخص بفقدان شديد للوعي لا يمكن إيقاظه منها مهما كانت شدة المثير.

الغيبوبة الساهرة (السبات السهري) (Coma Vigil):

هي حالة من اضطراب الوعي يصاب بها الشخص بفقدان الوعي مع بقاء العينين مفتوحتين.

١- شبه الغيبوبة (الذهول) (Stupor): هي حالة من اضطراب الوعي تتميز بنقص تفاعل الشخص مع المثيرات، ونقص وعيه بالبيئة المحيطة به.

٢- تشوش الوعي (Confusion): يضطرب الوعي في هذه الحالة لدرجة لا يتمكن المريض فيها من إدراك البيئة المحيطة به أو الأشخاص أو الزمان.

٣- الخدر (Torpor): هي حالة من اضطراب الوعي تتميز بتناقص الوعي، وتكون غير مصحوبة بهلاوس أو خطأ تأويل أو عدم استقرار، ويكون فيها المريض غيرَ مبالٍ وخاملاً، وغيرَ قادر على التعبير عن نفسه بوضوح.

٤- الغيبة (Trance): هي حالة من اضطراب الوعي تشبه النوم في نقص الوعي والنشاط .

أما التغيرات النوعية التي تصيب الوعي فهي:

١ – الانشقاق (Dissociation): في هذه الحالة يحدث عزل لبعض الوظائف العقلية أو السلوكية عن باقي النشاط النفسي للشخص.

٢ – تغير الوعي شبيه الحالم (Dream like change of Consciousness): يتناقص في هذه الحالة مستوى الوعي ويزداد الإدراك الحسي لكل المثيرات، حيث يكون المريض غير مدرك للمكان والزمان ولكنه مدرك للأشخاص، وهذه الحالة تكون مصحوبة بهلاوس بصرية لحيوانات صغيرة مع خوف، وأحياناً نادرة تصاحب بهلاوس سمعية وشمية، وتكون مرتبطة غالباً بتلف في الفص الصدغي.

٣ – تضيق الوعي (Restriction of Consciousness): في هذه الحالة يصاب الشخص بضيق في وعيه، ويطغى على عقله مواقف وأفكار قليلة ومحدودة، إضافة إلى

عدم إدراكه للزمان والمكان وهذه الحالة تشمل:

أ- حالـــة تشـــبه نـــوم الفجـــر (Twilight State): هـــي حالة من تضيق الوعي المرضـــي الطـــارئ، يُمـــنع فـــيها الشخص من استمراريته في حالة الوعي الطبيعي والســـلوك الســـوي، كما تحدث في حالة الصرع (Epilepsy)، وتحدث أيضاً في حالة الهستيريا (Hysterical Twilight State)، حيث يحدث تضيق الوعي لأسباب ودوافـــع لاشعورية تسمى (كاتاثيميا) (Catathymia).

ب- حالة الشرود (Fugues): تطلق هذه التسمية على حالات التجوال (Wandering) التي يصحبها فقدان ذاكرة إلى حدٍ ما.

٤- المشي أثناء النوم (Somnabulism):

وهـــي مـــن حالات الانشقاق، حيث يكون فيها النشاط الفكري غير واعٍ، بينما النشـــاط الحركـــي يكون واعياً، وتحدث هذه الحالة غالباً عند الأطفال، وعندما تحدث للكبار فإنها تكون مرتبطة باضطرابات نفسية أخرى.

ثانياً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب الانتباه
(Attention Disturbances)

- قلة الانتباه (Inattention):

يقـــل الانتباه في هذه الحالة أو ينعدم إما نتيجة لتغير الوعي (كما في حالة شبه الغيبوبة)، أو نتيجة لتغير الوجدان (كما في حالة الاكتئاب).

- زيادة الانتباه (Hyperprosexia):

يـــزيد الانتـــباه فـــي هذه الحالة زيادة ملحوظة، فينتبه المريض لكل المثيرات وتفاصيلها (كما في مرض الهوس).

- التشتت (Distractibility):

يتجه انتباه المريض لكل المثيرات الجديدة كما يحدث في حـــالات القلـــق أو

الإجهاد، وفي بعض حالات الإصابة العضوية بالمخ لا يستطيع المريض التركيز في مثير معين.

- الانتباه الانتقائي (Selective Attention):

في هذه الحالة لا يستطيع المريض أن يركز انتباهه تجاه الأشياء التي تبعث على قلقه.

ثالثاً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب الاهتداء (إدراك البيئة) (Orientation Disturbances)

١) اضطراب الوعي بالزمان (Disorientation For Time): يضطرب الوعي بالوقت والزمن (اليوم، الساعة، التاريخ، الفصل، السنة).

٢) اضطراب الوعي بالمكان (Disoricntation For Placc): يضطرب الوعي بالمكان المتواجد فيه، والبيئة المحيطة به، وسبب وجوده في هذا المكان، أو عنوان بيته.

٣) اضطراب الوعي بالأشخاص (Disorientation): يضطرب الوعي بهويته وهوية الأشخاص من حوله، بينما يتعلق بأسمائهم ودور كل منهم في بيئته.

وقد يحدث الاضطراب في واحدة فقط من هذه الأبعاد الثلاثة أو في اثنتين منها.

رابعاً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب الإدراك (Disturbances Of Perceptio)

تقسم هذه الأعراض إلى مجموعتين هما:

أ- تشوهات الإدراك الحسي (Sensory Distortions): تحدث هذه التشوهات مع الإدراك الحقيقي للموضوعات التي يتم استقبالها بطريقة مشوهة، ومنها:

١. التغير في شدة الإحساس: حيث تزداد شدة الإحساس (Hyperaethesia) عند الانفعالات الشديدة، ويلاحظ ذلك في الشخص القلق، حيث يكون شديد الحساسية

للضوضـــاء، وتقــل شدة الإحساس (Hypoaethesia) كما في حالة الشخص المكتئب، حيث يحس وكأن الأشياء قادمة من بعيد.

٢. التغــير فـــي الكيفية: تسبب بعض المواد السامة تشوه في الإدراك البصري، فتتلوّن جميع الإدراكات باللون الأصفر (Xanthopsia)، أو باللون الأخضر (Erythropsia) أو باللون الأحمر (Chloropsia).

٣. التغير في الحيز المكاني (Dysmegalopsia): يحدث توسع في حجم الموضوعات المدركة (Macropsia)، أو ضيق في حجــم الموضوعات المدركة (Microncsia)، أو بعد المدركات الموجودة دون تغير في الحجم (Porropsia).

والتغير في الحيز المكاني يحدث في الحالات التالية:

١- أمراض الشبكية.
٢- الأحلام والهلاوس.
٣- اضطراب تكيف العين (**Disorders Of Accommodation**).
٤- خلل في الجزء الخلفي من الفص الصدغي.
٥- التسمم بالأتروبين أو الهيوسين.

ب- الخداعات الحسية (**Sensory Deceptions**)

١- خطأ الإدراك (خطأ التأويل) (**Illusion**): وهو التفسير الخاطئ لمثير ما، كما في حالة المصاب بالحمى عندما يرى مقياس الحرارة فيظنه سكيناً.
٢- الهـــلاوس (**Hallucinations**): وهـــي الإدراك دون وجود مثير، كما في حالة المريض الذي يسمع صوتاً يلعنه ويشتمه دون وجود أي صوت.

وأسباب الهلاوس عديدة، منها:

١- الانفعالات الشديدة، مثل: حالات الاكتئاب المصحوب بالشعور بالذنب.
٢- الحرمان الحسي (Sensory Deprivation).
٣- اضطرابات الجهاز العصبي المركزي.

٤- اضطرابات أعضاء الحس (مرض العين أو الأذن).

٥- الفصام.

وقد تتوافق الهلاوس مع الحالة الوجدانية (Mood-Congruent) كما في حالة المكتئب الذي يسمع صوتاً يلومه ويقول له إنه سيئ، وقد لا تتوافق الهلاوس مع الحالة الوجدانية (Mood Incongruent).

والهلاوس قد تحدث أثناء دخول الشخص في النوم (Hypnagogic Hallucinations)، أو عندما يستيقظ ويفتح عينيه (Hypnopomic Hallucinations)، وتختلف الهلاوس حسب الحاسة التي استُقبلت بها، فتتنوع تبعاً لذلك إلى:

- بصرية **(Visual)**.
- سمعية **(Auditory)**.
- شمية **(Olfactory)**.
- ذوقية **(Gustatory)**.
- لمسية **(Tactile)**.

بالإضافة إلى وجود أنواع أخرى من الهلاوس ليس لها علاقة بأعضاء الحس المتخصصة هي:

١. الإحساس العميق بالألم: يشعر المريض بألم التمزق في أحشائه، ويحدث هذا عند الفصاميين المزمنين.

٢. الإحساس بالسقوط في الهواء أو الغوص في الفراش: يحدث في الحالات العضوية الحادة، وخاصة في حالات الهذيان الارتعاشي.

٣. الإحساس بوجود شخص آخر عندما يكون المريض بمفرده : يحدث عند مرضى الفصاميين والهستريا والحالات العضوية.

٤. هــلاوس وظيفــية (Functional Hallucinations): تتسبب الهلاوس عن وجود مثير، والهلوسة والمثير في هذه الحالة كلاهما هلوسة.

٥. هلاوس خارج مجال الحس كالذي يرى شخصاً واقفاً خلفه.

٦. هلاوس جسدية (Somatic Hallucinations): يدرك المريض في هذه الحالة ــ خطأً ــ حدوثَ أشياء غريبة في أحشائه.

٧. الهلاوس المنعكسة (Reflex Hallucinations): حيث يكون المثير في مجال حسي يسبب هلوسة في مجال حسي آخر، مثل المريض الذي يحس بالألم عندمــا يعطس شخص آخر بجانبه.

٨. شــبح المرآة المتخيل (Phantom-Mirror-Image): يرى المريض نفسه وكأنه ينظر في مرآة أمامه، وهذه الحالة تحدث في القليل من مرضى الفصام، وفي بعــض حــالات الهذيــان (Delirium)، وفــي حالات الصــرع المتسبب مــن المنطقة المؤخرية الجدارية (Parieto-Occipital).

٩. رؤيــة الذات السالبة (Negative Autoscopy): لا يرى المريض نفسه في المرآة عند النظر إليها، وتحدث في حالات الإصابة العضوية للمخ.

١٠- رؤية الأحشاء الداخلية عند النظر في المرآة (Internal Autoscopy).

١١- اخــتلال إدراك الآنــية (Depersonalization): لا يدرك المريض البيئة من حوله أو يشعر بأنها غريبة عنه أو أنها تغيرت.

خامساً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب الذاكرة
Disturbances Of Memory

١- النسيان (فقدان الذاكرة) (Amnesia):

لا يملك المريض القدرة على استدعاء الأحداث السابقة وتشمل:

- نسـيان الأحداث القريبة (Anterogradc Amnesia) تحدث هذه الحالة لدى المسنين أو المصابين بمرض كورساكوف، أو المصابين بتصلب شرايين المخ.
- نسيان الأحداث البعيدة (Retrogradc Amnesia) يفقد المريض قدرته على اسـتدعاء (تذكر) الأحداث التي مرَّ عليها وقت والمفترض أنها تكون راسخة (Consolidatcd).
- نسـيان أحداث معينة (Circumscribed Amnesia): وتدعى أيضاً فجوات الذاكـرة (Amnesic Gaps)، كمـا يحدث عند مرضى الهستريا حيث ترتبط الأحداث بالخوف أو الغضب أو الخجل، وهو نسيان انتقائي.

٢- **تشوه الذاكرة (Distortion of Memories)**، وتشمل:

أ- **تشوه الاستدعاء (Paramnesia)**، وذلك بواحدة مما يلي:

- **تزيـيف الأحـداث الماضـية (Retrospective Falsification)**: يـزيف المـريض الأحداث الماضية عندما يتحدث عنها، وتعتمد درجة التزييف على درجة الاستبصار ونقد الذات وتحدث غالباً في الشخصيات الهستيرية.
- **إدعـاء الضـلالات كخبرة ماضية (Retrospective Delusions)**: تحدث غالـباً لدى مرضى الفصام، حيث يرجع ضلالاته لعدة سنوات مضت رغم أنه حديث الإصابة بالمرض.
- **الذكـريات الضـلالية (Delusions Memories)**: حيـث تأخذ الضلالات الأولية شكل ذكريات.
- **التلفيق (Confabulations)**: حيث يذكر المريض أحداثاً على أنها حدثت له ولكنها لم تحدث مطلقاً.

ب- **تشوه التعرف (Dysmnesia)** وذلك بواحدة مما يلي:

- **ظاهرة الألفة (Deja Vu Phenomenon)**: حيث يعتقد المريض أنه يعرف شخصاً ما معرفة حميمية، بينما هو يقابله لأول مرة.

- التعرف الخاطئ (Misidentification): حيث يتعرف المريض على الغرباء وكأنهم أصدقاء، أو تعرّفٌ سالب حيث ينكر أصدقاءه ومعارفه.
- حدة الذاكرة (Hypermnesia):هي دقة وسرعة تسجيل الأحداث واستدعائها.

سادساً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطرابات الوجدان (العاطفة) (.Disturbances Of Emotion)

١-التهيئة العاطفية الشاذة (Abnormal Emotional Predisposition): تحدث لدى الأشخاص ذوي الأمزجة الشاذة، مثل المزاج الدوري (Cyclothymic Temperament)، أو المزاج القَلِق (Irritable)، أو الأشخاص ذوي البرود العاطفي.

٢- التعبير غير الطبيعي عن الانفعالات (Abnormal Expression Of Emotions)، يشمل:

- انشقاق الوجدان (Dissociation Of Affect): وهو تفاعل دفاعي لاشعوري يحدث لمواجهة القلق والتوتر.
- فقدان الشعور (Apathy): يفقد المريض القدرة على التعبير الانفعالي.
- عدم التمايز (Indifference): يشعر المريض بالشعور المناسب، ولكنه لا يتمكن من التعبير عنه.
- الارتباك الانفعالي (Emotional Perplexity): يشعر المريض بالارتباك الذي يحدث في حالات القلق وتشوش الوعي والفصام.
- التـناقض الوجدانـي (Inadequaty Or Incongruity): حيث يتناقض تفاعل المريض مع الظروف المحيطة به.

- التقلب الوجداني (Lability Of Affect): يظهر المريض تغيراً انفعالياً من حال إلى حال بسرعة وبدون سبب.
- الضحك القسري (Forced Laughing) والبكاء القسري (Forced Weeping): يظهر المريض تعبيراً انفعالياً إما بالضحك أو البكاء دون وجود سبب مناسب.

٣- اضطرابات الانفعال المرضية:

- القلق (Anxiety): هو حالة نفسية يشعر فيها المريض بالخوف وتوقع خطر في اللاوعي.
- الهلع (Panic): هو الخوف الشديد المصاحَب بالإحساس بالهلاك، ترافقه أعراض جسمية كالإحساس بالاختناق وزيادة ضربات القلب.
- الرهاب (Phobia): هو الخوف المرتبط بشيئ معين.
- الاكتئاب (Depression): هو الشعور بالحزن الشديد وفقدان الأمل دون وجود سبب.
- المرح المرضي (Euphria,elation): هو حالة المرح الشديد دون وجود سبب، ويصاحبه الشعور بالعظمة والفخر، ويحدث في حالات الهوس وإصابات المهيد.
- الشطح الوجداني (Ecstacy): هو الشعور بالانسجام الشديد والإحساس الذاتي بالتواصل مع الخالق.

سابعاً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب التفكير ((Disturbances Of Thinking

يتكون التفكير من:

١- القوة المتحكمة في التفكير (Power Or Control Of Thinking).

٢- مسار التفكير (Stream Of Thinking).

٣- هدف التفكير (Goal Of Thinking).

٤- نوع التفكير (Type Of Thinking).

٥- محتوى التفكير (Thought Content).

٦- ارتباط الأفكار ببعضها (Association Of Thinking).

وعند حدوث اضطرابٍ ما في أيٍّ من هذه العناصر ينتج عنه أعراض مرضية وهي:

١- الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب القوة المتحكمة في التفكير **(Disturbances Of Control Power Or Possession Of Thinking):**

أ- الوساوس (Obsessions): هي تسلط أفكار مزعجة لا يستطيع الفرد التخلص منها، وتأخذ شكلَ أفكار أو خيالات عقلية أو مخاوف، وتحدث في مرض الوسواس والاكتئاب والفصام، وبعض الإصابات العضوية في الدماغ.

ب- تغرب التفكير (Thought Alicnation): يشعر المريض بأن أفكاره تحكمها قوى خارجية تتحكم فيها فتضع له أفكاراً في رأسه ليست أفكاره (Thought Insertion)، أو تسحب أفكاره من رأسه (Thought Withdrawal)، وتعمل على نشر أفكاره على الناس وإذاعتها (Thought Broadcasting)، وتدل هذه المجموعة من الأعراض على تحطم الحدود بين الأنا والمحيط الخارجي (Loss Of Ego Boundaries).

٢- الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب مسار التفكير **Disturbances Of Stream Of Thinking**.

أ- اضطراب سرعة التفكير **(Disturbance Of Tempo):**

ينتج عن ذلك ما يلي:

١- تطاير الأفكار (Flight Of Ideas): حيث يكون الكلام غير مترابطٍ ومستمراً،

وينتقل المريض من فكرة إلى أخرى غير مرتبطة بها، وتحدث هذه الحالة لدى المصابين بحالات الهوس الحاد، والفصام، وحالات التلف العضوي في الدماغ.

٢- تبلد مسار التفكير (Retarded Thinking): يحدث بطء شديد في مسار التفكير مصحوباً بنقص في التركيز والانتباه وفقدان للذاكرة، كما يلاحَظ ذلك في حالة الاكتئاب المتبلد.

٣- كثرة التفاصيل غير الضرورية (Circumstantiality): وذلك لنقص قدرة الشخص في الحكم على الأمور وانعزاله، ويحدث لدى المصابين بالوسواس والصرع.

ب- اضطراب انسياب التفكير **(Disturbance Of Continuity Of Thinking):**

١- المواظبة (Perseveration): هو التكرار المرضي لنفس الاستجابة في الرد على مختلف الأسئلة، وهذه الحالة تحدث عادة في اضطرابات الدماغ العامة والموضعية (Generalized And Localized).

١- انسداد مسار التفكير (Thought Block): هو توقف التفكير بشكل مفاجئ والانتقال إلى فكرة جديدة تماماً بعيدة عن الفكرة الأولى.

٢- الخروج عن المسار (Derailment): هو انحراف تدريجي أو مفاجئ في تسلسل التفكير دون انسداد مساره، أو هو تفكك في روابط التفكير.

٣- الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب هدف التفكير **(Disturbance Of Goal Of Thinking):**

حيث يكون التفكير دون هدف مباشر (Non Goal Directed)، أو يكون هناك هدف ولكن يخطئه عن طريق:

أ- الإجابة غير المتعلقة بالهدف (Irrelevant Answer).

ب- تماس الهدف (Tangentiality): حيث يتركز تفكير المريض في الأفكار الجانبية وعدم استطاعته الوصول إلى الفكرة الرئيسية.

ج- التكثيف (Condensation): حيث يقوم المريض بتجميع عدة مفاهيم مختلفة في مفهوم واحد.

٤- الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب نوع التفكير **(Disturbances Of Type Of Thinking)**:

حيث يصبح تفكير المريض محصوراً في ذاته (Autistic)، بعيداً عن الواقع المحيط به، أو قد يصبح تفكيره سحرياً (Magical Thinking)، أي أن تفكيره غير منطقي، حيث يكون للأفكار أو الكلمات أو الأفعال قوة يفترض أنها تمنع وقوع الأحداث، كما يحدث في تفكير المصابين بحالات الوسواس القهري.

٥- الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب محتوى التفكير **(Disturbances Of Thought Content)**:

أ- الضلالات **(Delusions)**: هي أفكار خاطئة وثابتة لا يمكن تغييرها بالحجة والمنطق ولا تتناسب ومستوى ثقافة الشخص وبيئته.

وهذه الضلالات إما أن تكون أولية (Primary Delusions)، وهي التي تظهر بشكل مفاجئ على المريض ولا يمكن تشكيكه فيها، أو تكون ضلالات ثانوية (Secondary Delusions)، وهي التي تظهر بشكل ثانوي لاضطراب آخر سبقها في الظهور كالهلاوس أو اضطراب الوجدان أو الضلال الأولي، وهذه الضلالات إما أن تكون متوافقة مع الوجدان أو غير متوافقة.

كما أنها تكون أحياناً منتظمة (Systematized) إذا كانت مرتبة مع بعضها بشكل شبه منطقي، أو غير منتظمة (Unsystematized) إذا كانت غير مرتبة مع بعضها أو متشابكة، أو مفرطة الغرابة (Bizarre).

أنواع الضلالات:

تتنوع هذه الضلالات بما تحمله من معنى، فقد تكون إحدى هذه الأنواع:

- ضلالات الاضطهاد **(Delusions of Persecution)**: وهي اعتقاد المريض بأنه

مضطهد من قبل آخرين وهناك من يضمر له السوء ويظهر في صورة:

- ضلال الإشارة (Delusion of reference): حيث يعتقد المريض أن كل من ينظر إليه يشير إليه بسوء، فإذا همس شخص لآخر اعتقد أنه يقصده بذلك.

- ضلال التأثير (Delusion of Influence): وهو ما يسمى بضلال السلبية (Passivity Delusion)، وفيه يعتقد المريض أن هناك من يسيطر عليه وعلى أفكاره ويدفعه للتصرف دون إرادته.

- ضلالات الخيانة (**Delusions of Infidelity**): وهي اعتقاد المريض بعدم وفاء زوجته له وأنها تخونه.
- ضلالات اعتلال الصحة (**Delusions of Ill Health**): وهي اعتقاد المريض بأنه معتل الصحة الجسمية، وتدعى هذه الحالة ضلال اعتلال الصحة الجسمي (Hypochondriacal Delusion)، أو قد يعتقد أنه معتل الصحة العقلية ولا أمل له بالشفاء، وتدعى هذه الحالة ضلال الجنون الذي لا يبرأ (Delusions of Incurable Insanity)، ويحدث غالباً لدى المصابين بالاكتئاب والفصام.
- ضلالات الحب (**Delusions of Love**): حيث يحب المريض شخصاً ما ويعتقد أنه يبادله الشعور نفسه، رغم أنه قد لا يوجد بينهما أية معرفة، ويسمى أيضاً المحب الخيالي (Fantasy Lover)، ويحدث ذلك عند المرضى المصابين في بداية الفصام أو لدى الشخصيات المضطربة النمو.
- ضلالات العظمة (**Grandiose Delusions**): وهي اعتقاد المريض بأنه شخص عظيم مهم ذو مكانة ومنزلة خاصة، وتحدث غالباً لدى المصابين بالهوس.
- ضلالات الفقر (**Delusions of Poverty**): حيث يعتقد المريض بأنه فقير معدم، وأن مصيره وعائلته الحرمان والعوز، ويحدث غالباً لدى المصابين بالاكتئاب.
- ضلالات الشعور بالذنب (**Delusions of Guilt**): هو اعتقاد المريض بأنه قد ارتكب أخطاء كثيرة فيلوم نفسه ويقلل من قدرها لدرجة كبيرة، كما يحدث في

حالات الاكتئاب الشديدة.

- ضـــلالات العدمية (**Nihilistic Delusions**): حيث يعتقد المريض بأن جسده أو جزءاً منه غير موجود، أو قد ينكر وجود عقله أو وجود العالم من حوله، وهذا الـــنوع من الضلالات يعتبر الدرجة الشديدة لنوعين آخرين من الضلالات أقل منه حـــدة، يتعلق أحدهما باعتقاد الشخص بأنه قد أصبح شخصاً آخر (Delusion of Depersonalization)، أمـــا الآخر فيتعلق باعتقاد الشخص بأن محيطه قد تغير بما فيه الأماكن والأشخاص(Delusion of Derealization).

ب- الأفكـــار المـــبالغ فـــيها (**Overvalued Ideas**): وهي أفكار ارتبطت بمشاعر خاصة وطغت على الأفكار الأخرى.

ج- الفلسفة الكاذبة (**Pseudophilosophy**): هي أفكار خاطئة ولكنها غير ثابتة، إذ إنها يمكن أن تهتز لدى المريض خلال المناقشات.

د- الوهم الكذاب (**Pseudologia Fantastica**): هو نوع من الكـــذب يبـــدو فيـــه الشخص أنه يعتقد واقعية خيالاته ويمارسها وكأنها حقيقية.

هـــــ- الانشـــغال المسبق (**Preoccupation**): حيث تسيطر على الشخص فكرةٌ ما يـــدور حولها تفكيرُه، فقد يكون مشغولاً بذاته بشكل مرضي وهو ما يسمى هوس الذات (Egomania)، أو الانشـــغال المسرف بصحته غير المبني على أساس عضوي حقيقي بـــل علـــى تفســـيرات غـــير حقيقـــية لإحساســـات أو علامـــات غـــير مرضـــية (Hypochondriasis).

٦ـــ الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب ترابط التفكير (Disturbances Of Association Of Thinking):

أ- الـــترابط الصـــوتي (Clang Association): هو ترابط الكلمات من خلال تشابه إيقاع أصواتها لا بتشابه معانيها، حيث يفقد الترابط المنطقي للتفكير.

ب- تفكك أواصر التفكير (Loosening Of Association): هو انتقال الشخص من

فكــرة إلى فكرة أخرى تختلف عن الأولى في الموضوع تماماً، دون أن يعي الشخص أن الموضوعين غير مترابطين وليس لهما علاقة ببعضهما.

ج- عدم تناسق الأفكار (Incohcrence): هو تفكك أواصر التفكير لدرجة شديدة حتى تصـــل إلـــى ربط فكرتين متناقضتين لا يمكن الجمع بينهما، أو استخدام الجمل الناقصة بشكل مفرط.

٧- الأعــراض المرضية الناشئة من اضطراب كمية التفكير (Disturbances Of Amount Of Thinking):

أ- قلـــة أفكار الشخص لدرجة وصفه (بفقر تفكيره) (Poverty of thinking)، وغالباً ما يحدث لدى المرضى المصابين بالاكتئاب.

ب- زيـــادة الأفكـــار وتـــزاحمها عند تعبير المريض عنها، وتسمى هذه الحالة بضغط الأفكار (Pressure of thinking)، وتحدث عند المرضى المصابين بالهوس.

ثامناً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب الحركة (Disturbancc Of Motility)

١- تغــرب الحركة (Alieneation Of Motoracts): وهو إحساس المريض بأن حركاته غريبة عنه وخارج سيطرته لأحد الاعتقادات التالية:

أ - الأفعـــال الوسواسية (Obsessivc Acts): حيث يقوم المريض بأفعال ضد إراداته رغم إدراكه بأنه تخصه، ويحدث ذلك في حالات الوسواس القهري.

ب-الســيطرة الخارجــية (External Control): حيـــث يفقد المريض تحكمه بأفعاله ويعـــتقد بأنها غريبة عنه وضد إرادته، ويعزي ذلك إلى قوى خارجية تحكمه، ويحدث ذلك عند مرضى الفصام.

ج- شـــبه الســيطرة الخارجــية (As if Extcrnally Controlled): هو عدم قدرة المريض على أداء نشاطه ويشعر كما لو أنه محكوم بتأثيـــرات غريبة، ويحـــدث فـــي

بعض حالات مرضى القلق.

٢- اضطراب الحركات التكيفية **(Disturbance of Adaptive Movements)**:

أ- اضطراب الحركات التعبيرية (Disturbance Of Expressive Movements):

هــو اضــطراب يحــدث في الحركات التعبيرية المتمثلة في حركات الوجه والذراعين واليدين والجذع العلوي، وتشمل:

١- تقطب ما بين الحاجبين (Omega Sign)، وتلاحظ في حالات الاكتئاب.
٢- نقص تعبير الوجه وحركته، كما في حالات الاكتئاب.
٣- تصــلب الوجــه غــير المعبِّر، حيث يكون الوجه خالياً من التعبيرات ما عدا حركات العين المترقبة.
٤- البكاء، كما يحدث عند مرضى الاكتئاب.
٥- نقص في الحركات التعبيرية وبطؤها، كما يحدث عند مرضى الاكتئاب.
٦- زيادة الحركة التعبيرية، كما في حالات الهوس.

ب- اضــطراب الحركات التفاعلية (Disturbance of Reactive Movements):

يقصــد بالحــركات التفاعلــية الحــركات التلقائية التي تحدث كاستجابة لمثير مفاجئ (كالهــرب عــند مواجهة الخطر)، وتفقد هذه الحركات التفاعلية في حالات باركنسون، وتزداد وبشكل فجائي في حالات القلق الشديد.

ج- اضــطراب الحركات ذات الهدف الموجَّه (Disturbances of Goal Directed Movements).

١- بطء الحركة (Motor Retardation).
٢- انعدام الحركة (الذهول) (Stupor).
٣- الحركات المشوهة الغريبة (Bizarreness).
٤- التصنيع (Mannerism): وهو التردد غير العادي لفعل حركي هادف.

٣-اضــطرابات الحــركات غــير التكيفية (Disturbances of Non-Adaptive Movements):

أ- اضطراب الحركات التلقائي: (Disturbances of Spontaneous Movements):

١- زيادة الحركات المعتادة، مثل حك الرأس ولمس الأنف كما في حالات القلق.

٢- اللوازم (Tics): هي انقباضات لاإرادية في عضلة أو مجموعة من العضلات.

٣- الرعشة (Tremors): هي حركات لاإرادية إيقاعية تنتج من الانقباض والانبساط المتبادل للمجموعات المتقابلة من العضلات ومنها:

- الرعشة أثناء السكون (Static Tremors): تحدث هذه الرعشة في اليدين والرأس والجذع، وتلاحَظ لدى حالات القلق والهستريا ومرض باركنسون.
- الرعشة المصاحبة للخوف الحاد (Shell-Shock): وكانت تحدث لبعض الجنود في الحرب ليظلوا بعيدين عن ميادين القتال، وتستمر كرعشة هستيرية.
- الرعشة القصدية (Intention Tremors): تحدث في حالات اضطرابات المخيخ والتصلب المتناثر.

٤- الكنغ (Athetosis): حركات لاإرادية بطيئة مترددة تشبه حركات الكتابة أو الثعبان.

٥- الصـــعر التشنجي (Spasmodic Torticollis): هو تقلص يحدث في عصب الرقبة يميل الرأس إلى نفس الجانب المتقلص ويدير الوجه إلى الجانب الآخر.

٦- الــرقص (الكوريـــا) (Chorea): هي حركات غير منتظمة لاإرادية، تحدث بشكل مفاجئ وسريع في الوجه والأطراف.

ب- اضطرابات الحركات المستحثة (Disturbance of Induced Movements).

١- الطاعة الآلية (Automatic Obedience): حيث يفعل المريض كــل مــا

يطلب منه دون تفكير أو وعي.

٢- المـــرونة الشـــمعية (Wax Flexibility): هو بقاء المريض في وضع ما يضعه فيه الطبيب فيبقى محتفظاً بهذا الوضع لفترة أطول مما يمكن للشخص العادي، ويحدث في الفصام الكتاتوني.

٣- المحاكـــاة الحركـــية (Echopraxia): وتحدث في حالات الخرف والتخلف العقلي وتشوش الوعي، والفصام الكتاتوني.

٤- الأســـلوبية (Stereotypy): حيـــث يقوم المريض بحركات غريبة يكررها باستمرار دون قصد منه كما في تكرار غسل اليدين.

٥- المواظـــبة الحركـــية (Perseveration of Movement): هـــو التكرار المرضي لنفس الاستجابة لمختلف الأسئلة، وهناك أنواع للمواظبة هي:

- اســـتمرار الـــتكرار لحين تلقي تعليمات جديدة، ويطلق عليه التكرار الإجباري، ويلاحَظ في حالات الفصام المزمن (Compulsive Repetition).
- يبقى التكرار نفسه لا يتغير حتى لو تلقى المريض تعليمات أخرى، ويطلق عليه صعوبة النقلة (Impairment of Switching)، ويحدث في حالات الفصام المزمن والخرف.
- المواظـــبة الفكرية (Ideational Preservation): وهي تكرار المريض فيها لحركة ما أثناء تنفيذه ما يطلب منه.

٦- علامة متجهن (Mitghen Sign): عندما يضع الطبيب إصبعه على قفا المريض ويضغط عليه بخفة ينحني المريض، ويظل ينحني حتى ينكفئ على وجهه، ثم يعـــود المريض إلى وضعه الأول بمجرد أن يرفع الطبيب يده عنه.

٧- التفاعل المغناطيسي (Magnet Reaction): عندما يلمس الطبيب يد المريض بيده ويتركها بسرعة يحاول المريض متابعتها وسحبها، كما يحدث في حالات تلف المخ الشديد والفصام الكتاتوني.

٨- العناد (Opposition): حيث يقاوم المريض الحركات التي يقوم بها الطبيب لفحصه.

٩- السلبية (Negativism): وهي عناد ومقاومة المريض دون هدف لكل حركة يقوم بها الطبيب لفحصه، وتحدث في حالات الفصام الكتاتوني والتخلف العقلي وفي عته الشيخوخة.

١٠- ثنائية القصد (Ambitendency): حيث يقوم المريض بحركات مبدئية لا تصل إلى هدف عندما يتوقع منه القيام بفعل إرادي، فمثلاً يمد الطبيب يده لمصافحة المريض، فإن المريض يمد يده ثم يسحبها ثم يمدها ثم يتوقف ثم يكرر ذلك حتى تصل يده إلى وضعها الطبيعي دون مصافحة، وعندما يمسك الطبيب يده ليصافحه يختفي هذا التردد وتظهر السلبية حينذاك.

٤- اضطراب الوضعية (Disturbance of Posture):

وهي الحالة التي يكون عليها جسم المريض:

أ- الوضعية المتكلفة (Manneristic Posture): حيث يبالغ المريض في وضع معتاد، ولهذه الوضعية علاقة بالضلالات الموجودة لدى بعض الفصاميين.

ب- الوضعية الأسلوبية (Stereotyped): كالمريض بالفصام الكتاتوني الذي يجلس على مسند نفسي (Psychological Pillow) أعلى من المسند الموجود قليلاً، كما يحدث أيضاً في حالات عته الشيخوخة.

ج- المحافظة على الوضعية (Perseveration Posture): عندما يضع الطبيب المريض في وضعية معينة يحافظ المريض على وضعيته لفترة طويلة، ويشعر الطبيب أن المريض قد تصلب مثل قضيب شمعي (المرونة الشمعية) (Wax Flexibility)، ولا يُظهر المريض مقاومة للطبيب عندما يحركه، ولكنه يأخذ بالانقباض بمجرد تركه للمحافظة على الوضع الجديد. وهذه الحالة تسمى (الجمدة) (Catalepsy)، ويحدث ذلك لدى المصابين بأورام الدماغ الأوسط، والاضطرابات الوعائية الدماغية، وكذلك في حالات الفصام الكتاتوني.

٥- الأنماط المركبة من السلوك غير السوي.

أ- الأنماط السلوكية غير الهادفة، وتشمل:

١- **الذهول (Stupor)**: هو حالة يفقد فيها المريض القدرة على الحركة والكلام والقدرة على التفاعل مع المثيرات الخارجية، ويحدث أحياناً في حالات عصاب الخوف، والهستيريا والاكتئاب، والذهان الدوري، والفصام الكتاتوني، كما يحدث في حالات الإصابة بتلف الدماغ الشديد الذي يصيب البطين الثالث والمهاد والدماغ الأوسط، وحالات نوبات الصرع الصغرى المستمرة (Petit-mal status).

٢- **التهيج (Excitement)**: هو حالة من اضطراب السلوك غير المنضبط، يحدث بصفة أساسية في حالات التصلب الكتاتوني، وتلف الدماغ الشديد، والاكتئاب المتأجج (Agitated Depression)، والهذيان، والصرع، وقد يحدث في بعض حالات فصام الاضطهاد، والهوس، ولدى بعض الشخصيات المضطربة.

ب- الأنماط السلوكية غير السوية الهادفة، وتشمل:

١- السلوك الطفولي (Childish Behaviour): كما يحدث في حالات الفصام.

٢- السلوك العدواني الهادف: كما في حالات القتل المرتبط بضلالات الخيانة (قتل المريض لزوجته)، الاضطهاد (قتل المريض لمضطهديه) وغيرها.

٣- الانحراف الجنسي الذي يحدث في حالات تلف الدماغ الشديد والفصام.

تاسعاً: الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب وظيفة الكلام (Speech Disturbances)

١- **الحبســـة (Aphasia)**: هو اضطراب في وظيفة الكلام نتيجة لإصابة بعض المراكز الدماغية المسؤولة عن هذه الوظيفة، وقد تكون:

أ- حبسة حركية أو (تعبيرية) (Motor or expressive aphasia): في هذه

الحالة يفهم المريض ولكنه لا يستطيع التعبير.

ب- حبسة التسمية (Nominal or Amnestic aphasia): لا يستطيع المريض هنا أن يسمي الأشياء بأسمائها رغم معرفته بها.

ج- حبسة الفهم (Receptive aphasia): لا يستطيع المريض هنا أن يفهم الكلمات سواء كانت مسموعة أو مكتوبة.

د- عمى الكتابة (Word-blindness): هي عدم قدرة المريض على معرفة أو رؤية الكلمات المكتوبة.

هـ- صمم الكلمات (Word-Deafness): هي عدم قدرة المريض على فهم الكلمات المسموعة فقط، ويستطيع الكلام والقراءة والكتابة بشكل طبيعي.

و- الحبسة الشاملة (Global Aphasia): هي عدم قدرة المريض على الفهم والتعبير بصورة عامة.

٢- التأتأة (اللجلجة) (**Stammering**): هي حالة من اضطراب الكلام، حيث يتقطع التدفق الطبيعي للكلام بواسطة فترات سكون أو ترديد أجزاء من الكلمة، وتصاحب هذه الحالة حركات تقلصية في عضلات الوجه.

٣- البكم (**Mutism**): هو عدم القدرة على إخراج أي كلام، ويحدث في بعض اضطرابات الأطفال النفسية، وبعض حالات الهستيريا، والاكتئاب، والفصام، وتلف الدماغ الشديد.

وهناك نوع من البكم يدعى بكم الكلمة (Word Dumbness)، وهو عدم قدرة المريض على الكلام، ولكنه يستطيع القراءة والكتابة.

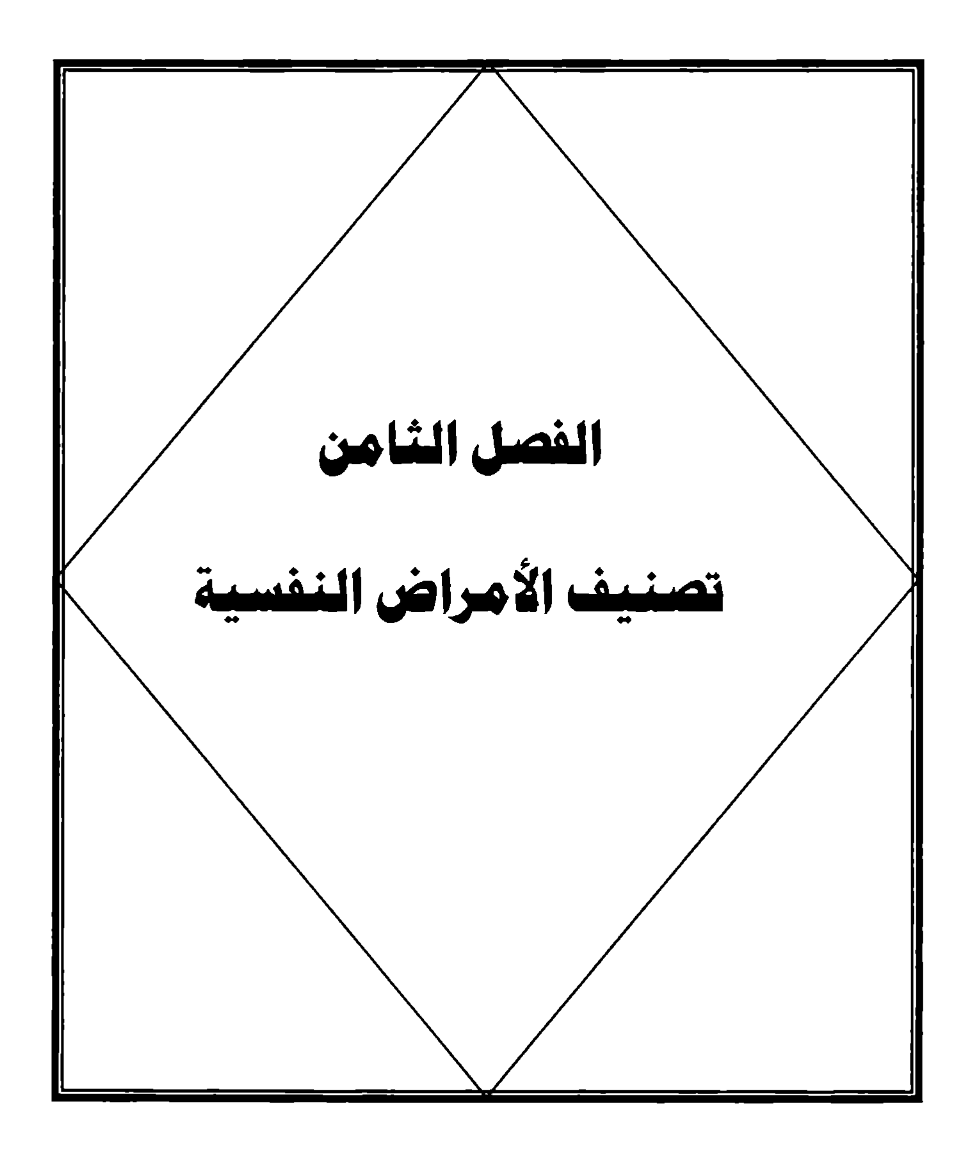
٤- التعبير بلغة جديدة (**Neologism**): هي حالة من اضطراب وظيفة الكلام يستخدم فيها المريض ألفاظاً مركبة خاصة به لا يتمكن من فهمها، وتحدث في حالات الفصام.

٥- تشـــوش الكـــلام (**Speech Confusion or Schizophasia**): حيث يتكلم المـــريض بكـــلام مشـــوش غير مفهوم، ويحدث لدى مرضى الفصام، وتسمى هذه الحالة أيضاً سلطة الكلام (Word Salad).

٦- الثرثرة (**Volubility**): هي كثرة الكلام دون وجود سبب مناسب.

ويوجد هنالك تشابه بين اضطراب الحركة وبين اضطراب الكلام من حيث التكرار، فهناك:

- رجع الكلام (Echoalia).
- أسلوبية الكلام (Stereotypy).
- المواظبة في الكلام (Perseveration of Speech).



الفصل الثامن

تصنيف الأمراض النفسية

تصنيف الأمراض النفسية

التصـــنيف هـــو تخفيض عدد الظواهر وتحديدها على أساس خواص مشتركة بيـــن مفـــردات الصـــنف الواحد، بحيث يسهل إخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة تُسَهِّل فهمها والتعامل معها.

فـــي عـــام (١٩٠٠) عُقد أول مؤتمر طبي في باريس لوضع أول قائمة تحدد فـــيها أسباب الوفاة للإنسان (International List of Causes of Death)، وكانت هذه القائمة غير متضمنة للأمراض العقلية.

واســـتمر تجـــاهل الأمراض العقلية حتى عام (١٩٣٦)، عندما صدرت القائمة الخامسة (ICD.5) التي ضمّنت الأمراض العقلية ضمن أمراض الجهاز العصبي، وقد ذُكر منها وقتذاك أربع مجموعات فقط، هي:

١-النقص العقلي (Mental Deficiency).

٢-الفصام (Schizophrenia).

٣-ذهان الهوس والاكتئاب (Manic Depressive Psychosis).

٤-كل الأمراض العقلية الأخرى.

وفـــي عام (١٩٤٨) صدرت القائمة السادسة (ICD.6)، والتي اشتملت لأول مـــرة علـــى فصل خاص بالأمراض العقلية متضمنة أسباب المرض والوفاة، وفي عام (١٩٥٥) نشـــط أطـــباء الـــنفس علـــى مســـتوى العـــالم، بعد صدور القائمة السابعة (ICD.7) (والتي لم تضف جديداً فيما يتعلق بالأمراض العقلية والنفسية).

وبمســـاعدة مـــنظمة الصـــحة العالمـــية (W.H.O) صدرت القائمة الثامنة (ICD.8) فـــي عـــام (١٩٦٥)، حيث تضمنت وصف الأعراض والتشخيص الفارق والعلاج للاضطرابات العقلية، وتوالت القوائم حيث شملت إضافات وتصنيفات عديـــدة حتى صدور القائمة العاشرة (ICD.10) في عام (١٩٨٨).

التصنيف الأمريكي :

في عام (١٩٥٢) ظهر التصنيف الأمريكي الأول للأمراض النفسية (Monual Of Mental Disorders)، وفي عام (١٩٦٢) صدر التصنيف الأمريكي الثاني ثم ظهر التشخيص الإحصائي الثالث (DSM-III) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) في عام (١٩٨٠) بعد تطبيق إحصائي للتصنيف الدولي المعدل إكلينيكياً (ICD9-cm)، وأخيراً في عام (١٩٨٧) ظهر الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث ــ المراجع (DSMIII-R).

ويتميز التصنيف الأمريكي التشخيصي الإحصائي الثالث والمراجع عن التصانيف الأخرى من حيث شموله لمحاور تشخيصية متعددة، وكذلك فهو مزود بدلالات تشخيصية محددة لكل حالة من حالات الاضطرابات العقلية المدرجة به.

ونظراً لهذه المميزات سوف نقوم بعرض الخطوط العريضة للتصنيف الأمريكي الإحصائي الثالث ــ المراجع (D.S.M.III-R) فيما يلي، ثم نفصل الأمراض النفسية حسب ما جاء به من مواصفات تشخيصية وعلاجية.

- **أولاً: الاضطرابات العقلية العضوية**

(Organic Mental Disorders)

١ – اضطرابات عقلية عضوية ترتبط باضطراب جسمي أو لسبب غير معروف، وتشمل:

-الهذيان.

-الخرف.

-اضطراب النسيان.

-الاضطراب الضلالي العضوي.

-الهلاوس.

-اضطراب الوجدان العضوي.

-اضطراب القلق العضوي.

-اضطراب الشخصية العضوي.

-الاضطراب العقلي غير المصنف في مكان آخر.

٢-اضطراب خرف الشيخوخة أو ما قبلها:

- الخرف التنكسي الأولي من نوع الزهايمر البادئ في الشيخوخة:

  - المصحوب بهذيان (Delirium).
  - المصحوب بضلالات.
  - المصحوب باكتئاب.
  - غير المصحوب بمضاعفات.

- خرف الاحتشاء المتعدد (Multy-Infact Demenia).

- خرف الشيخوخة غير المصنف في مكان آخر.

- خرف ما قبل الشيخوخة غير المصنف في مكان آخر.

٣- اضطرابات عقلية ناتجة عن تعاطي مواد ذات مفعول نفسي:

- الكحول وما ينشأ عنها من اضطرابات.
- الأمفيتامين والمواد الشبيهة المفعول وما ينشأ عنها من اضطرابات.
- الكافيين وما ينشأ عنه من اضطرابات.
- القنب وما ينشأ عنه من اضطرابات.
- الكوكايين وما ينشأ عنه من اضطرابات.
- المهلوسات وما ينشأ عنها من اضطرابات.
- المستنشقات (Inhalants) وما تحدثه من تسمم.
- النيكوتين وما ينتج عنه من تسمم.
- الأفيون ومشتقاته وما ينتج عنه من تسمم وانسحاب.

- عقـــار أل ب ســـي ب (PCP)ومـــا ينتج عنه من تسمم وهذيان واضطراب ضلالي واضطراب وجداني.
- المهدئـــات والمـــنومات وما تحدثه من تسمم أو انسحاب أو هذيان انسحابي أو نسيان.
- مواد أخرى غير نوعية وما تحدثه من تسمم أو انسحاب أو هذيان أو خرف أو نســيان أو اضــطراب ضـــلالي أو وجداني أو قلق أو اضطراب شخصية أو اضطراب غير مصنف.

٤- الإدمان سواء بالاعتماد على المادة فسيولوجياً أو الإسراف في تعاطيها:

وهذه المواد هي الكحول، الأمفيتامين، وما يشبهه، والقنب والكوكايين والمهلوسات والمستنشــقات مــن النيكوتين (اعتماد فقط)، والأفيون ومشتقاته وعقار أل ب سي ب والمهدئـــات والمنومات، والإدمان لمواد متعددة، والاعتماد على مادة ذات مفعول نفسي غير المصنف في مكان آخر أو الإسراف في تعاطيها.

- ثانياً: الفصام **(Schizophrenia)**:

- النوع الكتاتوني (Catatonic).
- النوع غير المنتظم (Disorganized).
- النوع البارانويدي (الاضطهادي) (Paranoid).
- النوع غير المتميز (Undifferentiated).
- النوع المتبقي (Residual).

- **ثالثاً: الاضطراب الضلالي**

(Paranoid) (Delusional Disorder)

- اضطراب ضلالي (Delusional Disorder) بأنواعه المختلفة الآتية:
  - هوس المحب (Erotomanic).
  - العظمة الضلالية (Grandiose).

• الغيرة الضلالية (Jealous).
• الاضطهاد الضلالي (Persecutory).
• الضلالية الجسدية (Somatic).

■ **رابعاً: اضطرابات ذهانية غير مصنفة في مكان آخر**

- تفاعل ذهاني قصير الأمد (Brief Reactive Psychosis).
- الاضطراب فصامي الشكل (Schizophreniform).
- اضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective Disorder).
- الاضطراب الذهاني المستحث (Induced Psychotic Disorder).
- الاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر.

■ **خامساً: الاضطرابات الوجدانية**
(Mood Disorders)

١- الاضطرابات ثنائية القطبية (Bipaler Disorder)، وتشمل:

- الاضطراب ثنائي القطبية.
- الاضطراب دوري (السيكلوثيميا) (Cylothmia).
- الاضطراب ثنائي القطبية غير المصنف في مكان آخر.

٢- الاضطرابات الاكتئابية (Depressive Disorder):

- نوبات الاكتئاب العظمى (Major Depression).
- الاكتئاب العصابي (الديسثيميا) (Dysthymia).
- الاضطراب الاكتئابي غير المصنف في مكان آخر.

■ سادساً: اضطرابات القلق
(Anxiety Disorders)

- اضطراب الهلع (Panic Disorder) المصحوب برهاب الأماكن المتسعة أو

غير المصحوب.

- رهاب الأماكن المتسعة غير المصحوب بنوبات هلع (Agoraphobia).
- الرهاب الاجتماعي (Social Phobia).
- الرهاب البسيط (Phobia Simple).
- اضطراب الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder).
- اضطراب الانعصاب التابع لحادث (Post traumatic stress Disorder)
- اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder).
- اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر.

- سابعاً: الاضطرابات الجسدية الشكل

(Somatoform Disorders)

- اضطراب التشوه الوهمي للجسد (Body Dismorphic Disorder).
- اضطراب التحول (Conversion Disorder) أو عصاب الهستيريا (Hysterical Neurosis, Conversion Type).
- توهم المرض (Hypochondriasis).
- اضطراب التجسيد (Somatization Disorder).
- اضطراب الألم جسدي الشكل (Somatoform Pain Disorder).
- اضطراب جسدي الشكل غير المميز (Undifferentiated Somatoform Disorder).
- الاضطراب جسدي الشكل غير المصنف في مكان آخر (Somatoform Disorder Not Otherwise Specified).

- ثامناً: الاضطرابات الانشقاقية

(Dissociative Disorders)

- اضطراب تعدد الشخصية (Multiple personality Disorder).

- الشرود النفسي (Psychogenic Fugue).
- النسيان النفسي (Psychogenic Amnesia).
- اضطراب اختلال الآنية (Depersonalization Disorder).
- الاضطراب الانشقاقي غير المصنف في مكان آخر.

- **تاسعاً: الشذوذات الجنسية**
(Sexual Disorders)

١- الشذوذات الجنسية (Paraphilias) أو (انحرافات السلوك الجنسي) (Sexual Deviation).

- الاستعرائية (Exhibitionism).
- التوثين (الفيتيشية) (Fetishism).
- التحكك (Frotteurism).
- الولع بالأطفال (Pedophilia).
- المازوخية الجنسية (Scxual Masochism).
- السادية الجنسية (Scxual Sadism).
- التوثين منحرف الملبس (Transvestic Fctishism).
- التبصص (Voyeurism).
- الشذوذات الجنسية غير المصنف في مكان آخر (Paraphilia Not Otherwise Specified).

٢- اضطرابات الوظيفة الجنسية (Sexual Dysfunctions):

أ-اضطرابات الرغبة الجنسية (Sexual Desire Disorders)، وتشمل:

- اضطراب نقص الرغبة الجنسية (Hypoactive Sexual Desire).

- اضطراب تجنب اللقاء الجنسي (Sexual Aversion Disorder).

ب-اضطرابات الإثارة الجنسية (Sexual Arousal Disorders)، وتشمل:

- اضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكر (Male Erectile Disorder)، أو(العنة) (Impotence).
- اضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى (Female Scxual Arousal Disorder).

ج- اضطرابات الذروة الجنسية (Orgasm Disorders).

- الذروة الجنسية لدى الذكر (Inhibited Male Orgasm).
- الذروة المثبطة لدى الأنثى (Inhibited Female Orgasm).
- سرعة القذف (Premature Ejaculation).

د- اضطرابات الألم الجنسية (Sexual Pain Disorders).

- ألم الجماع (Dyspareunia).
- التقلص المهبلي (Vaginismus).

هـ- اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة في مكان آخر.

٣- اضطرابات جنسية أخرى غير مصنفة في مكان آخر.

- عاشراً: اضطرابات النوم

(Sleep Disorders)

١- اضطرابات النوم **(Dyssomnias)**، وتشمل:

- اضطرابات الأرق (Insomnias) الأولي أو الثانوي (لسبب نفسي آخر أو عضوي).
- اضطرابات فرط النوم (Hypersomnia) الأولي أو الثانوي (لسبب نفسي

آخر أو عضوي).

- اضطرابات إيقاع النوم واليقظة (Sleep Wake Schedule Disorders).

٢- اضطرابات المخلات بالنوم (**Parasomnias**)، وتشمل:

- اضطراب الكوابيس الليلية (Dream Anxiety Disorder) or (Nightmare Disorder) .
- اضطراب الفزع أثناء النوم (Sleep Terrors Disorder).
- اضطراب المشي أثناء النوم (Sleep Walking Disorder)
- اضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة في مكان آخر.

- **حادي عشر: الاضطرابات المستحدثة (Factitious Disorders).**

- الاضطرابات المصاحبة بأعراض جسمية (Factitious Disorder With Physical Symptoms).
- الاضطرابات المصاحبة بأعراض نفسية (Factitious Disorder With Psychological Symptoms).
- الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة في مكان آخر (Factitious Disorder Not Otherwise Specified).

- **ثاني عشر: اضطرابات التحكم في النزعة غير المصنفة في مكان آخر (Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified)**، وتشمل:

- الاضطراب الانفجاري المتقطع (Intermittent Explosive Disorder).
- هوس السرقة (Kleptomania).
- المقامر المرضية (Pathological Gambling).
- هوس إشعال الحرائق (Pyromania).

- هوس خلع الشعر (Trichotillomania).
- اضطراب التحكم في النزعة غير المصنف في مكان آخر.

- **ثالث عشر: اضطراب التأقلم**
(Adjustment Disorder)

- المصاحب بوجدان قَلِق.
- المصاحب بوجدان مكتئب.
- المصاحب باضطراب السلوك.
- المصاحب باضطراب مختلط من الانفعالات والسلوك.
- المصاحب بانفعالات مختلطة.
- المصاحب بشكاوى جسمية.
- المصاحب بنقص الأداء في العمل أو الدراسة.
- اضطراب تأقلم غير مصنف في مكان آخر.

- **رابع عشر: الاضطرابات الجسمية الناشئة عن عوامل نفسية (السايكوسوماتيك)**
(Psychological Factors Affecting Physical Condition) or (Psychosomatic disorders).

١- اضطراب التشوه الوهمي للجسد (Body Dismorphic disorder).
٢- اضطراب التحول أو عصاب الهستيريا (Conversion disorder) Or (Hysterical Neurosis, Conversion Type).
٣- توهم المرض (Hypochondriasis).
٤- اضطراب التجسيد (Somatization disorder).
٥- اضطراب الألم جسدي الشكل (Somatoform Pain disorder).
٦- اضطراب جسدي الشكل غير المميز (Undifferentiated Somatoform disorder)

٧- الاضطراب جسدي الشكل غير المصنف في مكان آخر (Somatoform Disorder not otherwise specified).

- **خامس عشر: حالات تمثل للعلاج ولا تعزى لمرض نفسي (V-Codes)**

- مشاكل دراسية.
- السلوك المضاد للمجتمع من شخص راشد.
- السلوك المضاد للمجتمع من طفل أو مراهق.
- التمارض.
- مشكلة زوجية.
- رفض أخذ علاج طبي.
- مشاكل في العمل.
- مشكلة بين الأب وطفله.
- مشاكل بين الأشخاص.
- ظروف أسرية معينة.
- الفقد بالوفاة غير المصحوب بمضاعفات.



الفصل التاسع

الأمراض النفسية

الأمراض النفسية

أولاً: الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders):

هي عبارة عن اضطرابات تصيب وظائف العقل والسلوك نتيجة لإصابة الدماغ بتلف دائم أو اضطراب وظيفته المؤقت أو كلاهما، وقد يكون السبب أولياً أي الإصابة المباشرة في الدماغ، أو ثانوياً نتيجة لإصابة الجسم بمرض عام.

أ- متلازمات اضطراب الدماغ العضوي (Organic Brain Syndromes):

هي مجموعة من الأعراض المرضية النفسية التي تميل للتواجد معاً، وقد توجد لدى الشخص أكثر من متلازمة واحدة.

ب- الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders):

هي متلازمات اضطراب الدماغ العضوي التي يكون السبب فيها معروفاً أو مفترضاً (كالتوقف عن تعاطي الكحول أو الخرف المتسبب عن احتشاءات متعددة في الدماغ).

وهذه الاضطرابات غير متجانسة ولا تتميز في صفة واحدة، ولكنها تظهر من خلال الأعراض التالية:

١- ضعف القدرة المعرفية والذكائية:

وتظهر في الأعراض الآتية:

- ضعف ذاكرة المريض خصوصاً للأحداث القريبة، كما تحدث صعوبة في تكوين ذاكرة للأحداث الجديدة مما يؤدي إلى صعوبة في عملية التعلم.
- عدم قدرة المريض على التفكير التجريدي، فيلاحظ نقص قدرته على الابتكار وصعوبة التمييز بين الأشياء، والتفسير المنطقي للأحداث، وتكوين المفاهيم، وحل المشكلات.
- عدم قدرة المريض على إنجاز المهام غير المألوفة في وقت مناسب.
- نقص مستوى الذكاء.

- ضعف قدرة المريض في حكمه على الأمور.
- ضعف قدرته في إدراك البيئة.
- ضعف قدرته الحسابية.
- نقص انتباه المريض وتشتته وعدم قدرته على الانتباه للمثيرات أو عدم قدرته على مواصلة انتباهه لمثير ما، أو الانتقال من مثير إلى آخر.
- اختلال في إدراك المريض لذاته (Dcpersonalization) ولبيئته (Derealization)؛ مما يسبب للمريض الارتباك.

٢- التغير الانفعالي والاندفاع: تتغير تعبيرات المريض الانفعالية، وقد تصبح غير مناسبة لمركزه ووضعه الاجتماعي مثل (فقدان الشعور أو المرح أو سرعة الانفعال)، مما يجعل المريض غير قادر على كبح نزعاته دون اعتبار لعواقبها الاجتماعية.

٣- اضطراب اليقظة: يضطرب وعي المريض بنفسه وبيئته، وينتج عنه أعراض تشوش الوعي أو تضيقه.

٤- أعراض تعويضية وقائية: تظهر لدى المريض أعراض تكيفية، حيث يسلك أنماطاً من السلوك الذي يهدف إلى المحافظة على إنجاز مناسب وتجنب الاضطراب.

٥- أعراض تفاعلية: هي أعراض تعكس ما يعنيه الاضطراب ذاتياً للمريض، وتعتمد على شخصية المريض وقيمه الاجتماعية والاقتصادية وخاصة الأعراض الذهانية.

أ- متلازمات اضطراب الدماغ العضوية (**Organic Brain Syndroms**).

التشخيص:

يتم تشخيص متلازمات اضطراب الدماغ العضوي إلى ست مجاميع، هي:

١- الهذيان (**Delirium**): يكون الخلل المعرفي فيه عاماً نسبياً.

٢- الخرف (**Dementia**): يكون الخلل المعرفي فيه عاماً نسبياً.

٣- متلازمة النسيان العضوية (**Organic Amnestic Syndrom**): يكون الخلل في الوظائف المعرفية معيّناً.

٤- متلازمة الهلاوس العضوية (Organic Hallucinosis Syndrom): يكون الخلل في الوظائف المعرفية معيّناً.

٥- متلازمات الضلالية العضوية (Organic Delusional Syndrom): تظهر في هذه الحالة ملامح تشبه حالات الفصام.

٦- متلازمة الوجدان العضوية (Organic Mood Syndrom): تظهر فيها ملامح تشبه حالات اضطراب الوجدان.

٧- متلازمة القلق العضوي (Organic Anxiety Syndrom): تظهر في هذه الحالة ملامح تشبه اضطراب الهلع ونوبات القلق العام.

٨- متلازمة اضطراب الشخصية العضوية (Organic Personality Syndrom): وفيها يحدث خلل في الشخصية.

٩- متلازمة التسمم (Intoxication).

١٠- متلازمة الانسحاب لمادة (التوقف عن التعاطي) (Withdrawal).

١١- المتلازمة العقلية العضوية غير المصنفة في مكان آخر.

١- الهذيان (Delirium)

هو اضطراب عقلي عضوي يتميز بنقص قدرة المحافظة على الانتباه للمثيرات الخارجية، وصعوبة الانتقال من مثير إلى آخر، واختلال التفكير أو عدم ترابط الأفكار بعضها ببعض، وعدم تناسق الكلام، ونقص في مستوى الوعي واختلال الإدراك الحسي، واضطراب دورة النوم واليقظة، واضطراب النشاط الحركي، وعدم الاهتداء، ونقص الذاكرة.

وأول العلامات الأساسية في الهذيان هو اضطراب الانتباه، حيث يصعب على المريض المحافظة على انتباهه، كما يصعب عليه الانتقال من مثير إلى مثير آخر، ويسهل تشتت انتباه المريض بمثيرات ليس له علاقة بها، وعدم قدرته على تركيز انتباهه على مثير معين، ويصعب عليه الاندماج في محادثة لأنه مشتت الانتباه، أو لأنه

مواظب على تكرار استجابة لأسئلة سابقة، ويؤدي نقص الانتباه إلى فقدان الذاكرة للأحداث القريبة إلى حد ما.

ولا يستطيع المصاب بالهذيان المحافظة على تناسق تفكيره، ويفقد التفكير وضوحه كما يفقد الهدف، ويبدو مشتتاً، وغير مترابط.

وكثيراً ما تحدث اضطرابات الإدراك في صورة خداعات أو هلاوس، ومعظمها هلاوس بصرية، يصاحبها اقتناع ضلالي بواقعية الهلاوس، كما يصاحبها استجابة سلوكية انفعالية ترتبط بمحتواها.

وبسبب اختلال دورة النوم واليقظة، فإن المريض يصعب عليه النوم ليلاً، فيكثر انخفاض مستوى الوعي الذي يتدرج من الدوخة إلى ما يشبه حالة الغيبوبة، وتكثر الكوابيس أثناء النوم وترتبط أحياناً بالهلاوس.

ويظهر اضطراب النشاط الحركي في صورة عدم الاستقرار، وكثرة حركة المريض، ومحاولة قيامه من السرير، والضرب على الأشياء المحيطة به، وقد تقل الحركة إلى ما يشبه الذهول الكتاتوني.

إضافة إلى ما تقدم فإن هناك أعراضاً مصاحبة للهذيان تظهر على المريض تشمل الخوف، والقلق، والاكتئاب، وسرعة الاستثارة، والغضب، والسرور، والتبلد.

وأكثر هذه الأعراض ظهوراً هو الخوف الذي تسببه الهلاوس المهددة أو الضلالات غير المنتظمة، وقد يزداد الخوف لدى المريض لدرجة إيذاء نفسه، أو غيره ممن يتوهم أنهم يهددونه، أما الاكتئاب الشديد فقد يؤدي بالمريض إلى إيذاء نفسه أو البكاء وطلب المساعدة.

وهناك اضطرابات أخرى تحدث لوظيفة القشرة الدماغية، (وهي من العلامات العصبية غير الشائعة في حالات الهذيان)، تشمل عدم قدرة المريض على تسمية الأشياء (Dysnomia)، وعدم قدرته على الكتابة (Dysgraphia).

تحدث الإصابة بالهذيان في أي سن، وتشيع لدى الأطفال بصورة خاصة ولدى

الأشخاص بعد سن الستين، وهو اضطراب قصير المدى (حوالي أسبوع، ونادراً ما يظل لأكثر من شهر).

ويبدأ الهذيان بشكل مفاجئ كما في إصابات الرأس، ويُسبق أحياناً بأعراض ممهدة تستمر عدة أيام أو ساعات، وتشمل هذه الأعراض الممهدة عدم استقرار المريض، وصعوبة التفكير، وعدم وضوحه، وتزداد حساسيته للمثيرات السمعية والبصرية، وعدم قدرته على النوم في الليل، ويكون نومه في النهار مصحوباً بكوابيس، وظهور هذه الأعراض يكون ببطء،وغالباً ما تظهر في حالات الهذيان الناتج عن مرض جهازي (Systemic) أو اختلال أيضي.

ومن أهم مواصفات الهذيان هو تماوج الأعراض، فالشخص يكون أسوأ ما يمكن خلال ساعات عدم النوم ليلاً أو عندما يكون في الظلام، وأحياناً يكون منتبهاً ومتناسق التفكير وتسمى هذه الحالة (Iucid Interval)، وتحدث في أي وقت ولكن أكثر حدوثها في الصباح، وهذا ما يساعد في تمييز حالة الهذيان عن المتلازمات العقلية الأخرى.

ويكون شفاء المريض من الهذيان بشكل كامل إذا عولج السبب أما إذا لم يُعالج السبب فإن الحالة تتطور تدريجياً من الهذيان إلى شكل آخر من الأمراض العقلية العضوية التي تكون أكثر ثباتاً من حالة الهذيان (كالخرف) أو يؤدي إلى الوفاة.

وإذا أهمل علاج الهذيان فإنه قد يتطور إلى الخرف أو النسيان العضوي أو اضطراب الشخصية العضوية.

الأسباب:

وهي أسباب مركبة ومتعددة ومتداخلة، إذ إنها خليط من مواقف وعوامل شخصية ودوائية، فالهذيان الذي يحدث بعد إجراء عملية جراحية مثلاً تكون أسبابه ضغط الجراحة وألم ما بعد العملية والأرق وعلاج الألم ونزف الدم والحمى وغيرها.

وتصنف أسباب الهذيان كما يلي:

١- أمــراض جهازيــة (Systemic Diseases):وتشــمل هــبوط القلب، وسوء الــتغذية، وفقر الدم، واضطراب إفرازات الغدة الدرقية وغيرها، وكل هذه الأسباب تــؤدي إلـــى نقــص كمــية الأوكسجين في الدم، وإذا تركت دون علاج تؤدي إلى الإصابة بمرض مخي مثل الخرف.

٢- اضطرابات الأيض الغذائي في الجسم، واختلال اتزان الحامض القلوي (Acid Basc Balance)،وزيادة أو نقص معدل الكالسيوم في الدم.

٣- أمــراض عصبية مثل التهاب الدماغ، وإصابات الرأس، وخاصة تلك التي ينتج عنها تجمع دموي تحت غشاء الأم القاسية.

٤- بعض الأدوية:

- المدررات، (إذ تسبب جفافاً مع اختلال معدلات الأملاح في الدم).
- الملينات، (حيث تسبب جفافاً مع اختلال معدلات الأملاح في الدم).
- المنومات (الباربتيورات).
- المطمئنات العظمى (Major Tranquilizers).
- المهدئات (Benzodiazcpines)، ولها تأثير مضاد للأستيل كولين (Anticholinergic)، حيث يسبب الهذيان وخاصة لدى كبار السن.

٥- احتباس البول الحاد والإمساك الحاد يرتبط أحياناً بحالات الهذيان.

التشخيص:

تظهر أعراض الهذيان بشكل مفاجئ، وتتماوج هذه الأعراض فتزيد أو تقل خلال ساعات اليوم، وهذه الصفة مميزة تشخيصياً، كما أن وجود مرض عضوي أو تاريخ إصابة في الرأس أو إدمان كحولي أو عقاري يرجح التشخيص، ويتأكد من خلال الفحص العقلي أيضاً بملاحظة صعوبة استمرار انتباه المريض لمثير معين، أو صعوبة الانتقال من مثير إلى آخر، بالإضافة إلى اختلال التفكير والإدراك والذاكرة.

التشخيص الفارق:

١- في حالة الفصام والاضطراب الفصامي الشكل والاضطرابــات الذهــانيــة

الأخرى: بسبب وجود الهلاوس والضلالات واختلال التفكير، ولكن في حالة الهذيان تكون غير منتظمة، مع تماوج الأعراض ونقص الانتباه وخلل الذاكرة والاهتداء، وكل تلك الأعراض تميز حالة الهذيان.

٢- الخرف: ويحدث فيه خلل الذاكرة كما في حالة الهذيان، ولكن في حالة الخرف يكون الشخص يقظاً، وقد يوجدان معاً، ولا يمكن أن تشخص حالة الخرف في حالة وجود الهذيان، ولكن يشخصان معاً حالة استقرار الخرف قبل الهذيان، ويُفضل أن تشخص هذيان؛ لأنه يعطي الفرصة لعلاج فعَّال حتى يتضح التشخيص الصحيح.

٣- استحداث أعراض نفسية (Factitious)، فعندما يكون تخطيط الدماغ طبيعياً يساعد ذلك على استبعاد الهذيان.

العلاج:

يتطلب علاج الهذيان إدخال المريض إلى المستشفى، حيث يتم التشخيص المختبري ومعالجة السبب، كما يلزم علاج عام للأعراض يشمل تقليل التوتر، ومنع المضاعفات والإصابات، والتغذية الجيدة، وموازنة السوائل والأملاح في الجسم.

وتعتمد معالجة الهذيان على الموقف الذي حدثت فيه حالة الهذيان، كما يقتصر العلاج بالأدوية على الضروري جداً منها، خاصة في حالة عدم الاستقرار والاستثارة الداخلية لمنع المضاعفات والإصابات، وأفضل الأدوية لهذه الحالة هو دواء (الهالوبيريدول) (Haloperidol)، ويعطى في حالة الأرق دواء (بنزوديازبين) قصير المفعول.

٢- الخرف (Dementia)

هو نقص القدرات الذكائية، بحيث تسبب قصوراً في أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي، ويظهر ذلك بصورة خلل في الذاكرة، وخلل في الحكم على الأمور ونقص التفكير التجريدي، وخلل في الوظائف العليا للقشرة المخية، أو تغير الشخصية على أن لا يكون ذلك نتيجة لنقص الانتباه أو أن يكون له سبب عضوي، وهناك حالات

محددة لا يمكن تحديد عامل عضوي للاضطراب، مثل حالة الخرف التنكسي الأولي كما في مرض الزهايمر (Alzheimer s Diseasc)، ورغم ذلك فإن هذه الحالات تشخص كحالة خرف خاصة إذا ارتبط خلل الذاكرة بخلل التفكير، أو خلل الحكم على الأمور، أو تغير الشخصية، حيث تستبعد كل التشخيصات الأخرى غير العضوية (مثل نوبة الاكتئاب العظمى).

إن أكثر أعراض الخرف ظهوراً هو خلل الذاكرة، ويبدأ بنسيان الأحداث القريبة مثل نسيان الأسماء والاتجاهات والمحادثات وأحداث اليوم وغيرها وأرقام الهواتف، ثم تتطور الحالة إلى نسيان كل الجديد، وقد لا ينهي المريضُ المهامَ التي يبدأها بسبب نسيانه لها.

وفي الحالات المتقدمة ينسى حتى اسمه والأشخاص المقربين إليه، ويظهر على المريض تردداً واضحاً أثناء الفحص في الإجابة على الأسئلة، كما يظهر خلل الحكم على الأمور لدى المريض، وعدم القدرة على التحكم في نزعاته، ويصبح غليظ القول، جاف الألفاظ، يتكلم بكلام غير مناسب، وفي أوقات غير مناسبة، مع إهماله لمظهره الشخصي ونظافته، ولا يحترم القوانين والتقاليد، وتضطرب علاقاته الاجتماعية.

ويظهر خلل الحكم على الأمور وضعف التحكم في النزعات وأنواع معينة من الخرف، وهي التي تصيب الفصوص الأمامية للمخ.

كما يشمل الخرف اختلالات متفاوتة لاضطراب الوظائف العليا للقشرة المخية، ورغم أن اللغة لا تتأخر غالباً في بعض الاضطرابات العصبية المسببة للخرف إلا أنها تصبح غير طبيعية في بعض الأحيان، فيبدو كلام المريض غامضاً مشتتاً لا يفهم معناه، أو تظهر الحبسة مثل حبسة التسمية (صعوبة تسمية الأشياء)، وقد يصبح المريض أبكم في بعض الحالات الشديدة للخرف، كما تضطرب قدرة المريض التركيبية، إذ لا يتمكن من ترتيب أعواد الكبريت في شكل معين كما يفشل في

التعرف على الأشياء رغم سلامة حواسه (Agnosia)، ولا يستطيع أن ينفذ نشاطاً حركياً معيناً بالرغم من سلامة الوظيفية الحركية (Motor Aphasia) (Apraxia).

أما تغير الشخصية الذي يحدث في حالات الخرف، فيكون إما بتغير الطباع، أو بتفاقم صفات الشخصية التي كانت موجودة قبل المرض، ولكن غالباً ما ينسحب المريض ويصبح متلبداً، وتقل علاقاته الاجتماعية.

وتكون الأعراض الثانوية المصاحبة للخرف خفيفة، تظهر في صورة قلق أو اكتئاب، وقد يحاول المريض إخفاء قصور الذكاء بأعراض تعويضية مثل زيادة الترتيب، أو محاولة ربط الأحداث بتفاصيل دقيقة؛ ليتجنب فجوات الذاكرة، أو الانسحاب الاجتماعي، ويلاحَظ أحياناً ظهور أفكار اضطهادية ينتج عنها شجارات لفظية وجسمية.

يحدث الخرف غالباً في الشيخوخة، ولكنه يحدث أحياناً في أي سن تحت تأثير عوامل معينة، حيث يشخص الخرف في أي سن بعد استقرار معدل الذكاء (في سن الثالثة أو الرابعة من العمر)، فإذا أصيب الطفل في سن الرابعة مثلاً بمرض عصبي مزمن تداخل مع وظائفه المكتسبة السابقة لدرجة تقلل ذكاءه ووظائفه التكوينية السابقة، فإنه يشخص خرف مع تخلف عقلي.

إن مسار الخرف يعتمد على العامل المسبب له، فإذا كان الخرف ناتجاً من نوبة واضحة لمرض عصبي، مثل نقص الأوكسجين الواصل إلى المخ، أو التهاب المخ أو إصابة الرأس، فإنه يبدأ بشكل مفاجئ، ويبقى ثابتاً نسبياً لفترة طويلة من الزمن.

ويبدأ الخرف التنكسي الأولي من نوع الزهايمر عادة بصورة متخفية بطيئة، ثم يشتد تدريجياً حتى يصل إلى مرحلة التدهور خلال عدة سنوات. أما إذا كان الخرف ناتجاً من ورم في المخ، أو تجمع دموي تحت غشاء الأم القاسية، أو بسبب عوامل أيضية، فإنه يبدأ بشكل تدريجي، وبالإمكان علاج الخرف وإيقاف مساره إذا أمكن علاج العامل المسبب له، كما في حالة نقص هرمون الغدة الدرقية.

الأسباب:

معظم حالات الخرف لا تشير إلى وجود سبب محدد، ولكن أكثر الأسباب شيوعاً للخرف هو الخرف التنكسي من نوع الزهايمر، والسبب الآخر هو الاحتشاء المتعدد للأوعية الدموية في الدماغ، كما أن تزايد متلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS) المسببة للخرف تشكل حالياً خطورة متزايدة.

وتلخّص أسباب الخرف بما يلي:

١. إصابة خلايا الجهاز العصبي بمرض ما، مثل: مرض الزهايمر (Alzheimer s Disease)، ومرض بيك (Pick s Disease)، ومرض هنتجتون (Huntington s Disease)، ومرض باركنسون والتصلب المتناثر (M.S.).

٢. اضطرابات جهازية (Systemic)، وتشمل:

- اضطرابات الأيض الغذائي والغدد الصماء كالغدة الدرقية وجار الدرقية ونقص معدل السكر في الدم.
- مرض التهاب الدماغ الكبدي (Hepatic Encephalapathy)، الذي ينشأ عن اختلال وظيفة الكبد.
- أمراض الجهاز الدوري، مثل الاحتشاء المتعدد للأوعية الدموية في الدماغ ونقص الأوكسجين المخي.
- أمراض الجهاز التنفسي حيث ينتج عنه نقص الأوكسجين الواصل إلى خلايا المخ.
- أمراض الجهاز البولي التي ينتج عنها التهاب الدماغ المتسبب عن التسمم باليوريا.

٣. الحالات المتسببة عن نقص فيتامين ب (Cyanocabalamin)، والنياسين (Niacin) وحامض الفوليك (Folic Acid).

٤. إصابات الدماغ أو وجود أورام داخل الجمجمة.

٥. عــدوى مرضــية للجهــاز العصــبي، مثل تطور حالات مرض الزهري والتدرن والتهاب الأغشية السحائية، إضافة إلى مرض نقص المناعة المكتسب (AIDS).

٦. اضطرابات أخرى مثل استسقاء الدماغ، مرض ولسون.

٧. تأثير الأدوية أو السموم.

التشخيص:

يعتمد التشخيص الطبي للخرف على التاريخ المرضي للمريض وعلى فحص الحالة العقلية لــه، كما يشكو المريض من النسيان وقصور الذكاء لديه، أو ينكر ذلك ويبرره من خلال محاولة إخفاء خلل الذكاء لديه، ويلاحظ المحيطون من حوله الأعراض التعويضية التي يقوم بها المريض مثل الترتيب الشديد، أو الانسحاب الاجتماعي، أو ربطه الأحداث بتفاصيل دقيقة، والتقلب الانفعالي، أو التبلد الوجداني، بالإضافة إلى الغضب السريع أو السخرية.

وتتلخص العلامات التشخيصية للخرف فيما يلي:

١. **خلــل الذاكــرة للأحــداث القريــبة والبعــيدة:** إذ إن المــريض لا يستطيع تذكر المعلومــات التــي كــان يعــرفها في الماضي بحيث تؤثر على أدائه الوظيفي، إضافة إلى علاقاته بالآخرين، كما أنه لا يستطيع أن يتذكر ثلاثة أشياء بعد خمس دقائق.

٢. **نقــص التفكــير الــتجريدي:** ويتضــح ذلــك مــن خــلال عدم معرفة المريض لأوجــه التشابه والاختلاف بين الكلمات المتشابهة، وصعوبة تعريف الكلمات المتشابهة أو إعطاء المفاهيم والمعاني للكلمات المعروفة.

٣. **خلــل الحكم على الأمور:** ويتضح ذلك من خلال تعامل المريض غير المناسب مع الأشخاص والمواقف.

٤. **اضــطرابات فــي وظائف القشرة المخية العليا:** مثل الحبسة اللغوية (حبسة الكلام التعبــيرية)، أو حبســة حركــية (Apraxia)، أو حبسة حسية (Agnosia)، والفشل في قدرة المريض على تكوين الأشكال ذات الأبعاد الثلاثة، أو ترتيب أعواد الكبــريت في شكل معين.

٥. **تغير الشخصية:** من خلال تغير الطباع أو تفاقم صفات الشخصية التي كانت موجودة قبل المرض.

٦. **وجود سبب عضوي:** من التاريخ المرضي للمريض أو من خلال الفحص الطبي الذي يجريه الطبيب.

وتتحدد شدة **الخرف** كما يلي:

- **الخرف الضعيف:** وفيه يستطيع المريض أن يعتمد على نفسه في معيشته رغم وجود خلل في أدائه لأعماله ووظائفه الاجتماعية.
- **الخرف المتوسط:** يحتاج المريض فيه إلى إشراف ومراقبة؛ لأن اعتماده على نفسه يعرضه للمخاطر.
- **الخرف الشديد:** يحتاج المريض فيه إلى رعاية وإشراف مستمر.

التشخيص الفارق:

١) **علامات الشيخوخة العادية:** لا يكون خلل الذاكرة فيها شديداً، ولا يتداخل مع أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي.

٢) **الهذيان:** يختلف عنه الخرف في وجود خلل الذاكرة مع يقظة الشخص، وثبات الأعراض، وعدم تماوجها.

٣) **الفصام:** يغيب فيه السبب العضوي بعكس الخرف.

٤) **نوبة الاكتئاب العظمى:** تسبب هذه النوبة أحياناً خللَ الذاكرة وصعوبة التركيز والتفكير، وتسمى هذه الحالة بالخرف الكاذب (Pseudo-Dementia)، وإذا وجدت لدى المريض أعراض تشير إلى الاكتئاب أو خرف مع غياب السبب العضوي فمن الأفضل للطبيب المعالج أن يشخص ذلك على أنه اكتئاب، ويفترض أن أعراض الخرف هي أعراض ثانوية، وذلك لأن فرصة الشفاء من الاكتئاب أفضل، ومعالجته بالأدوية المضادة للاكتئاب أو بالعلاج الكهربائي قد يساعد في الوصول إلى التشخيص الحقيقي ومن ثم يعطى العلاج المناسب، إذ إن حالة المريض المعرفية ستتحسن إذا كان اكتئابياً.

والجدول الآتي يساعد في التمييز بين الخرف والخرف الكاذب.

	الخرف	الخرف الكاذب
البداية	- يسبق حدوث القصور المعرفي والذكائي الاكتئاب.	تسبق أعراض الاكتئاب القصور المعرفي.
الأعراض الظاهرة	ينكر القصور المعرفي ويحاول إخفاءه من خلال التكرار وتغير الموضوعات.	يشكو من خلل الذاكرة والعجز عن أداء المهام التي تتطلب ذكاءً.
المظهر والسلوك	يكون متبلداً وغير معبر الوجه وتعبيره الانفعالي سطحي ومتقلب.	يكون حزين الوجه متوتراً لا يبدو عليه السرور مطلقاً.
الاستجابة للأسئلة	يكون المريض في أغلب الأحيان غاضباً أو ساخراً ويخطىء في إجابته عن الأسئلة.	يكون غالباً بطيئاً وتكون إجابته بأنه لا يعرف.
الإنجاز الذكائي	عادة يختل في جملته.	ينحصر الاختلال في خلل الذاكرة، وعدم الاهتمام هو السبب في الخلل المعرفي.
المقابلة تحت تأثير الصوديوم "أموباربيتا"	يزداد القصور المعرفي.	يتحسن أداء المريض الذكائي والمعرفي.

العلاج:

يتم علاج الخرف بعد معرفة السبب وتشخيصه، فإذا كان العامل المسبب قابلاً للعلاج أمكن الشفاء بشكل تام، مثل حالات نقص إفراز الغدة الدرقية، أو نقص حامض الفوليك أو مرض الزهري، أو التجمع الدموي تحت غشاء الأم القاسية وغيرها.

أما الحالات التي لم يتوصل العلم إلى الآن في علاجها مثل مرض الزهايمر ومرض نقص المناعة المكتسبة (AIDS)، فإن البحوث العلمية لا زالت جادة في البحث عن العلاج، ويراعى أثناء معالجة السبب تحسين تغذية المريض، وعلاج المشكلات الطبية التي تصاحب حالته المرضية مثل التهاب الجهاز البولي، ودور المعالجة النفسية الاجتماعية في توفيرالإسناد النفسي والتوجيه للمريض وأسرته في نفس الوقت، حيث تُنصح أسرته والمحيطون به بعدم تعريض المصاب بالخرف لمواقف معقدة جديدة، لأنها تسبب لــه الإرباك والانتكاس، ويفضّل إشغاله طيلة الوقت بأعمال بسيطة مفيدة.

أما الأعراض المصاحبة للخرف (القلق والاكتئاب والأعراض الذهانية) فتعالج بالمضـــادات المناسبة لكل حالة منها، ولكن بجرعات قليلة وبحذر؛ لأن هؤلاء المرضى لديهـــم قابلـــية لحـــدوث الهذيان من الأدوية النفسية، وهناك محاولات علاجية لمرض الزهايمر من خلال الأدوية التي تزيد من نشاط الاستيل كولين (Acetyl Choline) أو تزيد من تكوينه أو تقلل من تكسيره، مثل خلط الكولين مع العوامل المحفزة للنشاط قبل الشـــبكي (Presynaptic) للخلايا العصبية مثل البيراسيتام (Piracetam)، وقد أعطى نتائج إيجابية لدى بعض المرضى.

٣- متلازمة النسيان العضوية

(Organic Amnesic Syndrom)

هو اضطراب عقلي عضوي يتميز بخلل الذاكرة القصيرة والبعيدة التي تعزى إلى عامل عضوي محدد، فيصبح الشخص عاجزاً عن تعلم شيء جديد (بسبب فقدان الذاكرة للأحداث القريبة)، وهذا هو سبب النسيان المتقدم (Anterogradr Amnesia) وعدم القدرة على استدعاء المعلومات التي كان يعرفها في الماضي (بسبب فقدان الذاكرة للأحداث البعيدة)، وهذا هو سبب النسيان الراجع (Retrograde Amnesia)، ويصاحب اضطرابَ النسيان عدمُ الاهتداء الذي ينتج عن النسيان الشديد والاختلاق لملء فراغات الذاكرة من خلال تخيل المريض لأحداث لم تحصل في الواقع، وذلك مع

عدم استبصار المريض بفقدانه للذاكرة وإنكاره حتى مع وجود براهين على ذلك ويتقبل بعض المرضى المشكلة ولكنهم يبدون عدم الاهتمام، وكثيراً ما يصاحب التبلد هذه الحالة، ونقص المبادرة، والبرود الانفعالي، ولا يشخص الطبيب النسيان إذا وجد خلل الذاكرة في إطار نقص قدرة المحافظة على الانتباه وتحويل الانتباه من مثير إلى آخر (كما في حالة الهذيان)، أو إذا وجده مرتبطاً بخلل في التفكير التجريدي، وضعف حكم المريض على الأمور أو اضطراب الوظائف القشرية العليا، أو تغير الشخصية (كما في حالة الخرف) وتعتمد الإصابة بالنسيان على السبب، ولكنها غالباً ما تحدث بشكل مفاجئ، وقد يكون هذا الاضطراب عابراً أو مستمراً.

وقد يتماثل للشفاء الكامل أو الجزئي لوظيفة الذاكرة، ولكن بصورة عامة فإنه يكون مزمناً، وفي حالات صرع الفص الصدغي وقصور الدم المخي والعلاج بالصدمات المحدثة للتشنجات وتعاطي دواء من مجموعة البنزوديازبين أو الباربتيورات وتوقف عضلة القلب، فإن النسيان يكون عابراً ويشفى بشكل تام، أما النسيان الثابت بدرجة ما من الشدة فإنه يتبع إصابات الرأس والتسمم بغاز أول أوكسيد الكربون والنزف تحت غشاء الأم القاسية والاحتشاء المخي والالتهاب الناشئ عن فيروس الهربس (Herpes Simplcx)، وينتج عن النسيان اختلالٌ في وظيفة الشخص الاجتماعية والوظيفية.

الأسباب:

يحدث النسيان العضوي نتيجة لعدد من العوامل العضوية التي تسبب تلف على الجانبين لمكونات الدماغ البيني (Dinccphalic)، والتراكيب الصدغية، وأكثر الأسباب شيوعاً هو نقص الثيامين المرتبط بالإدمان المزمن للكحول،بالإضافة إلى أسباب أخرى منها إصابات الرأس، ونقص الأوكسجين المخي،والأورام، واحتشاء في بعض فروع الشريان المخي الخلفي، والأمراض التنكسية (مثل مرض الزهايمر)، والتداخل الجراحي والالتهاب الميكروبي الفيروسي للدماغ، والعلاج بالصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات والصرع.

التشخيص:

يشخص اضطراب النسيان العضوي بوجود خلل الذاكرة القريبة والبعيدة، ولا تتفق مواصفات هذا الخلل مع مواصفات الهذيان أو الخرف ويعود إلى سبب عضوي.

التشخيص الفارق:

١- **الهذيان والخرف**: يكون النسيان فيهما إما بسبب نقص الانتباه، كما في الهذيان أو في الخلل المعرفي، كما في الخرف.

٢- **استحداث (Factitious) أعراض نفسية**: ولكن يكشف فحص الذاكرة عن وجود تناقض، كما لا يوجد هناك سبب عضوي.

العلاج:

يتم العلاج عن طريق معالجة العامل المسبب للنسيان إذا كان النسيان حالة عابرة، حيث يتم استئصال الورم إن وجد، ويعوض الثيامين بإعطائه للمريض مع فيتامين ب المركب وحامض الفوليك، أما إذا كان النسيان ثابتاً فيوجه العلاج في هذه الحالة إلى توفير الوسائل المساندة للمريض، وعلاج القلق المصاحب لتلك الحالة، أما الأدوية المنشطة للذاكرة فليست ذات فعالية تذكر.

٤- متلازمة الهلاوس العضوية

(Organic Hallucinosis Syndrom)

حالة من اضطراب الدماغ العضوي تتميز بوجود هلاوس واضحة ثابتة أو متكررة تحدث في حالة يقظة تامة وتعزى إلى سبب عضوي، وقد تحدث الهلاوس في أي شكل من طرق الإدراك (لمسية أو سمعية أو بصرية أو شمية أو ذوقية).

وهناك عوامل عضوية معينة تسبب هلاوس من نوع خاص، مثل: الهلاوس اللمسية (مثل زحف البق على الجلد) كما في حالة مدمني الكوكائين، والهلاوس السمعيةالتي تحدث لمدمني الكحول (الهلاوس الكحولية)، والهلاوس البصرية التي

تحـــدث لمتعاطـــي بعـــض الأدوية المنشطة نفسياً (مثل عقار ال.اس.دي الذي يحدث الهلاوس)، والهلاوس الشمية التي تحدث في صرع الفص الصدغي.

وتتفاوت الهلاوس من بسيطة جداً وغير متكونة إلى هلاوس معقدة ومنظمة ويكثر حدوث الهلاوس السمعية لدى المصابين بالصمم الناتج عن مرض (مكتسب)، وكذلك الهلاوس البصرية التي تحدث لدى مكفوفي البصر عقب عمليات استئصال المياه البيضاء (الكاتراكتا) ويسبب عدم علاجها هلاوس مزمنة.

وهناك أعراض مصاحبة للهلاوس العضوية تختلف باختلاف السبب والبيئة والفروق الفردية في الاستجابة، وقد يصاحبها أيضاً علامات سرور مرضي أو قلق أو اكتئاب. وقد يتفاعل الشخص مع الهلاوس التي يعتقد أنها حقيقية وقد يتعرض لحوادث خطرة عندما يحاول الهرب من هلاوس مخيفة.

الأسباب:

أهم العوامل المسببة للهلاوس هي الإدمان على الكحول وسوء تعاطي الكحوليات والأدوية المحدِثة للهلاوس، بالإضافة إلى الأسباب العضوية، مثل أورام الدماغ خاصة الأورام التي تحدث في المنطقة القفوية والصدغية، وحالات الحرمان الحسي كما في العمى والصمم.

التشخيص:

يشخص اضطراب الهلاوس العضوية عندما توجد لدى المريض هلاوس ثابتة أو متكررة، ومن خلال معرفة التاريخ المرضي والفحص المختبري يتسنى للطبيب تحديد العامل العضوي المسبب لها على أن لا تكون ضمن اضطراب الهذيان.

التشخيص الفارق:

١- **الهذيان**: ترتبط الهلاوس المصاحبة لــه بنقص قدرة المحافظة على الانتباه أو الانتقال من مثير إلى آخر.

٢- **الخرف**: ترتبط الهلاوس المصاحبة له إن وجدت بخلل الذاكرة.

٣- الضـــلالية العضـــوية: تكون الهلاوس غير واضحة إن وجدت، فإذا كانت واضحة مع الضلالات يشخص الطبيب كلا الحالتين.

٤- الفصام واضطراب الوجدان: تشمل هذه الحالات وجود الهلاوس، ولكن لا يوجد سبب عضوي.

٥- هـــلاوس الـــنوم والاستيقاظ (Hypnagogic and Hypnopomic)، وتحدث دون وجود اضطراب عقلي.

العلاج:

يعتمد العلاج على معالجة العامل المسبِّب، فإذا كان السبب مؤقتاً فإن المريض القلق سوف يستجيب للطمأنة، وإذا كان يشعر بالخوف ولديه ضلالات يُدخل إلى المستشفى ويُعطى الأدوية المضادة للقلق والأدوية المضادة للذهان.

٥- متلازمة الضلالية العضوية

(Organic Delusional Syndrom)

هو اضطراب عقلي عضوي يتميز بضلالات واضحة نتيجة لوجود سبب عضوي، وتتفاوت طبيعة الضلالات باختلاف المسببات، وأكثرها شيوعاً هي ضلالات الاضطهاد التي تحدث في حالات تعاطي الأمفيتامين الذي يسبب أحياناً ضلالات اضطهادية منتظمة جداً من الصعب تمييزها عن المرحلة النشطة للفصام (ويتحسن تلقائياً بعد التوقف عن التعاطي خلال أيام قليلة، ولكنها تعود ثانية عند تعاطي جرعات قليلة)، وتحدث لبعض المصابين بتلف مخي ضلالات يعتقدون فيها أن جزءاً من أجسامهم أو أحد أعضائهم غير موجود.

وقد تصاحب متلازمة الضلالية العضوية هلاوس، ولكنها غير ظاهرة في العادة، فإذا كانت ظاهرة مع ضلالات ظاهرة تشخص كلا المتلازمتين الضلالية العضوية والهلاوس العضوية.

ويصاحب هذا الاضطراب خلل معرفي بسيط، فيبدو الشخـــص مرتبكـــاً، أو

يرتدي أشياء غريبة، كما يكون كلامه أحياناً غير متناسق، مع حدوث حركات شاذة أو أفكار سحرية، وتسبب الضلالية للمريض إعاقة اجتماعية ووظيفية شديدة، وقد يؤذي نفسه في تفاعله مع الضلالات.

الأسباب:

١- تعاطي الأدوية، وخاصة الأمفيتامين وهو أكثر الأسباب شيوعاً، وكذلك القنب ومحدثات الهلاوس والكوكائين.

٢- الأمراض التي تصيب الفص الصدغي وأمراض النصف الأيمن لكرة المخ، الفص الجداري الأيمن.

٣- صرع الفص الصدغي، حيث تحدث لدى بعض المصابين به ضلالات بين نوبات الصرع تشبه إلى حد كبير الفصام.

التشخيص الفارق:

١- **الفصـــام الـــبارانوي:** تكون الضلالات في هذه الحالة منتظمة كما في حالة تعاطي الأمفيتاميــن، ولكــن الهــلاوس المصاحبة في حالة الضلالية العضوية تكون معظمها هلاوس بصرية، ويكون التعبير الوجداني أكثر اتساقاً والتفكيرأقل اضطراباً.

٢- **الاضــطراب الضلالي غير العضوي:** لا يوجد مسبب عضوي في هذه الحالة، كما أن ظهــور ضـــلالات جديــدة لدى الشخص فوق سن الخامسة والثلاثين بدون تاريخ مرضي سابق لاضطراب ضلالي أو فصام يلفت انتباه الطبيب إلى احتمالية كون السبب عضوي (الضلالية العضوية).

٣- **الهــلاوس العضــوية:** حيــث تكــون الهــلاوس ظاهــرة، وإذا وجدت ضلالات فإنها تكون مرتبطة بمحتوى الهلاوس.

العلاج:

يعتمد علاج الضلالية العضوية بمعالجة العامل المسبب، وإذا لم يتمكن الطبيب المعالج من اكتشاف السبب فإن العلاج في هذه الحالة يشبه علاج الفصام من حيث

إعطاء المريض الأدوية المضادة للذهان، والإسناد النفسي من خلال البيئة والأشخاص المحيطين به، وإذا لزم الأمر يُدخل المريض إلى المستشفى للعلاج النفسي والمراقبة.

٦- متلازمة اضطراب الوجدان العضوية

(Organic Mood Syndrom)

هو اضطراب عقلي عضوي يتميز باضطراب الوجدان الثابت من السرور المرضي أو الاكتئاب، وتحدث بشكل نوبة، ولكنها ترجع إلى سبب عضوي محدد.

وإذا حدث هذا الاضطراب ضمن اضطراب الانتباه فلا يُشخَّص على أنه اضطراب بالوجدان، وأعراض هذا الاضطراب تشبه أعراض الهوس أو الاكتئاب، ويصاحبه أعراض قلق، وسرعة استثارة، وحزن، وانطواء على النفس، ونوبات هلع، وبكاء، وشك، أو ضلالات اضطهاد، بالإضافة إلى شكاوى جسمية، ويحدث تقلب الوجدان، وسرعة الاستثارة في حالة الهوس، بالإضافة إلى وجود الهلاوس والضلالات في حالات الهوس أكثر منها في حالات الاكتئاب، وتكون بداية الإصابة إما حادة أو متخفية.

الأسباب:

١- تعاطي الأدوية، وخاصة مخفضات ضغط الدم المرتفع وهذه الأدوية تعتبر من أهم أسباب حدوث الاضطراب الوجداني العضوي، حيث لوحظ أنها تحدث بنسبة تصل إلى (١٠%) في الأشخاص الذين يتعاطون هذه الأدوية، إذ إنها تتسبب في نقص السيريتونين (Scrctonin Dcplction).

٢- حالات التلف المصاحبة للسكتة الدماغية (Strokc).

٣- أمراض عضوية تسبب تغيرات وجدانية وخاصة الأمراض الناتجة عن اضطرابات الغدد الصماء، مثل متلازمة كوشنج (Cushing s Syndrom).

٤- إصابة المخ بالأمراض، مثل أورام الدماغ أو التهاب الدماغ أو السحايا أو الصرع.

٥- سرطان البنكرياس: وقد يكون سبب ذلك الببتيدات العصبية الموجودة في القناة الهضمية والتي تشبه تلك الموجودة في الدماغ.

٦- بعض الأمراض المعدية، مثل التهاب الكبد الوبائي.

٧- بعض الأمراض الأخرى، مثل: الأنيميا الخبيثة، مرض الذئبة الحمراء الجهازي (Systemic Lupus Erythematisus)، وزهري الجهاز العصبي ومرض باركنسون.

التشخيص الفارق:

١- **اضطرابات الوجدان:** لا يوجد في هذا الاضطراب سبب عضوي مع وجود تاريخ مرضي لنوبات سابقة وتاريخ عائلي للاضطراب الوجداني.

العلاج:

يعتمد العلاج بشكل أساسي على معرفة السبب وتشخيصه، ولايستلزم إزالة السبب بالضرورة زوال الاضطراب بصورة كاملة، فقد يبقى بعدها لأسابيع أو أشهر، أما العلاج الدوائي فإنه يشبه علاج حالات الاكتئاب والهوس، كذلك يساعد العلاج النفسي في تحقيق قدر من الإيجابية.

٧- متلازمة القلق العضوي
(Organic Anxiety Syndrom)

هو اضطراب عقلي عضوي يتميز بنوبات واضحة ومتكررة من الهلع والقلق العام الناتج عن وجود سبب عضوي، وتشبه أعراضه أعراض اضطراب الهلع أو القلق العام، وتتفاوت شدة أعراض هذا الاضطراب من الخفيفة إلى الشديدة حسب سرعة حدوث الاضطراب، وشدة العملية الباثوفسيولوجية، والموقف النفسي الاجتماعي، فإذا وجدت نوبات مزمنة من القلق مرتبطة بمرض عضوي معروف بأنه يسبب قلق تشخص الحالة على أنه قلق عضوي، فمثلاً نوبات ارتفاع ضغط الدم تشير إلى وجود ورم القواتم (Pheochromocytoma)، ويكشف عن هذه الحالة من خلال

فحص البول الذي يشير إلى وجود زيادة من الكاتيكولامينات في البول، كما أن تعاطي جرعات قليلة من الأدوية محاكية الودي (Sympathomimtics) لفترات طويلة تسبب أحـــياناً قلقاً مزمناً، ويكشف الفحص الطبي العام عن وجود أمراض مثل مرض البول الســـكري، أو ورم الغـــدة الكظـــرية أو مـــرض الغـــدة الدرقـــية، أو حالـــة عصبية مصـــاحبة، تظهـــر بصـــورة قلـــق لدى بعض المرضى تأتيهم بشكل نوبات من القلق الشديد أو الخوف الشديد كعرض وحيد لنوع من النوبات المشابهة للصرع، ويصاحب أعراض متلازمة القلق العضوي خلل معرفي بسيط سببه خلل الانتباه الناتج عن القلق.

ويحـــدث القلـــق بشـــكل مفاجـــئ للمـــريض، ممـــا يدفعـــه إلى البحث عن عـــلاج عكـــس الـــبداية المتخفـــية، وإزالـــة الســـبب يـــؤدي في معظم الحالات إلى نقـــص القلق (مثل التوقف عن تعاطي الأدوية محاكية الودي)، وفي حالات أخرى لا يحقـــق إزالـــة ســـبب القلـــق الشفاء التام (مثل القلق الناتج عن التهاب الدماغ)، وهناك مضاعفات تعتمد على العامل المسبب؛ إذ إن نقص السكر في الدم يؤثر على المخ فتنتج عنه متلازمة القلق العضوي، وقد يتبعه حدوث خرف.

الأسباب:

١- اضـــطرابات عصـــبية سببها إصابات في الرأس أدت إلى ارتجاج بالمخ، أو ورم بـــالمخ، أو تجمـــع دمـــوي تحت غشاء الأم القاسية، أو مرض في الأوعية الدموية في المـــخ، أو التهاب الدماغ، أو التصلب المتناثر، أو مرض ولسون، أو مرض هنتنجتون أو الصرع أو الشقيقة (Migraine).

٢- اضطراب الغدد الصماء (الغدد النخامية أو الدرقية أو جار الدرقية أو الكظرية).

٣- حالات جهازية، مثل نقص الأوكسجين الناتج من وجود مرض في الجهاز الدوري، أو اختلال في نبضات القلب، أو نقص الكفاءة الرئوية، أو فقر الدم.

٤- حالات نقص فيتامين (ب ١٢) (B_{12}) وحالات البلاجرا.

٤- حالات التسمم: كالتسمم بالكحول أو بالأمفيتامين أو بالأدوية محاكيـــة الـــودي أو

الأدوية الرافعة لضغط الدم أو الكافيين أو التسمم باليوريا.

٦- حالات مرضية أخرى، مثل تدلي الصمام التاجي (Mitral-Valve Prolapse) ونقص السكر في الدم والبورفيرية (Porphyria).

التشخيص الفارق:

يرتـبط القلق بصورة عامة بالعديد من الأمراض النفسية، ولكي يتم تشخيص القلق العضوي بصورة صحيحة يجب أن يكون القلق مسيطراً في وجود عامل عضوي مسبب لهذا القلق، لذا يجب تمييزه من الآتي:

١- اضطرابات القلق: تحدث دون وجود سبب عضوي معها.

٢- الهذيان والخرف: يختلفان في كون وجود الخلل المعرفي بشكل ظاهر وشديد عما في القلق العضوي.

٣- اضـطراب الوجدان العضوي: إذا كان واضحاً مع القلق العضوي فإنهما يشخصان معاً.

العلاج:

يـتم العلاج عن طريق معالجة العامل المسبب، وفي بعض الحالات لا يحقق إزالـة السبب الشفاء التام، لذلك تتم معالجة أعراض القلق البارزة (مثل الرهاب والهلع أو القلـق العام) بالعلاج الكيميائي المتضمن الأدوية المضادة للقلق مع تدعيم اجتماعي وبيئي، أما حالات القلق العضوي المرتبطة بأعراض الوسواس القهري، فهي أقل حظاً فـي الشـفاء، إذ إن السلوك الوسواسي القهري يبقى ثابتاً في الشخصية حتى بعد إزالة سـبب القلـق، وفي هذه الحالة يجب أن يعالج المريض علاجاً نفسياً يهدف إلى تعديل السـلوك، بالإضـافة إلى استعمال الأدوية المضادة للاكتئاب التي تعالج بعض الحالات بنجاح.

٨- متلازمة اضطراب الشخصية العضوي
(Organic Personality Syndrom)

هو اضطراب عقلي عضوي يتميز بتغير مفاجئ وواضح في صفات الشخصية عما كانت عليه في السابق نتيجة لسبب عضوي، فيلاحظ في هذا الاضطراب عدم ثبات المريض الانفعالي، والانفجارات المتكررة من الغضب، أو العدوان، أو اختلال الحكم على الأمور اجتماعياً، كما يلاحظ عليه التبلد، وعدم التمايز، أو الشك، أو الأفكار الاضطهادية، وقد يحدث هذا الاضطراب في أي سن، فقد تحدث متلازمة اضطراب الشخصية العضوي لطفل صغير لم يكتمل لديه نمو الشخصية بعد، ويشخص في هذه الحالة من خلال ملاحظة التغيرات الهامة التي تحدث في نمط سلوك الطفل المعتاد، وتعتمد الأعراض على طبيعة ومكان الإصابة بالمرض العضوي المسبب لهذا الاضطراب، فالأفعال غير المقبولة اجتماعياً مثل التصرفات الجنسية دون اهتمام بالعواقب، أو التبلد الواضح وعدم المبالاة وعدم التمايز، هذان النمطان يرتبطان بحدوث تلف في الفصوص الأمامية، ولذلك تسمى (متلازمة اضطراب الفص الأمامي للمخ)، وهناك نمط آخر يحدث للمرضى المصابين بصرع الفص الصدغي، حيث يلاحظ عليهم خشونة القول والفعل، والتدين والعدوان المفرطيَن أحياناً، وقد يكون التغير البارز في الشخصية هو الشك والاضطهاد، وإذا كانت نوبات العدوان أو الغضب واضحة فيشار إلى هذا النوع بالانفجاري(Explosivc Typc).

ويكــون لدى مرضى اضطراب الشخصية العضوي يقظة واضحة، ولا يشير الخلل المعرفي البسيط إلى تدهور مستوى الذكاء، أما خلل الذاكرة للأحداث القريبة فإن نقص الانتباه لديهم هو المسؤول عن ذلك.

الأسباب:

١- تلف أجزاء معينة من الدماغ بسبب إصابة الرأس بأورام خاصــة فــي الفصوص الأمامية، أو نتيجة لضغط يحدث على هذه الأجزاء بسبب وجــود ورم فــي الأغشيــة

السحائية أو تجمع دموي تحت غشاء الأم القاسية.

وفـــي هـــذه الحالة يحدث اضطراب الشخصية العضوي بعد فترة من الغيبوبة والهذيان، وإذا كان التلف الحاصل تركيبياً فإن الاضطراب سيظل ثابتاً.

٢- صرع الفص الصدغي.

٣- التصلب المتناثر ومرض هنتنجتون، وقد يتحول اضطراب الشخصية العضوي في هذه الحالة إلى خرف إذا لم يتم معالجة السبب.

٤- التســـمم المزمن بالزئبق والمنغنيز، وتزول اضطرابات الشخصية الناتجة عنه بعد إزالة السبب.

٥- تعاطي أدوية منشطة نفسياً مثل إل.إس.دي (L.S.D).

٦- أمراض الغدد الصماء (الدرقية والكظرية).

٧- مرض باركنسون الحادث بعد التهاب الدماغ.

التشخيص:

يـــتم تشخيص اضطراب الشخصية العضوي من خلال حالات التغير الملحوظ فـــي سلوك المريض أو شخصيته، ويتضمن هذا التغير التقلب الانفعالي، وخلل التحكم فـــي الـــنزعات، ويلاحظ الأخصائي أنه ليس لدى هؤلاء المرضى تاريخ لمرض نفسي وأن هذا التغير قد حدث بشكل مفاجئ أو خلال فترة قصيرة.

التشخيص الفارق:

١-**الخـــرف:** يتضـــمن الخـــرف تدهوراً كلياً في الذكاء والقدرات المعرفية والسلوكية، ويعتبر تغير الشخصية أحد جوانبه فقط؛ إذ قد يكون علامة أولية لمتلازمة الخرف.

٢-**الفصام والاضطراب الضلالي واضطرابات الوجدان واضطرابات ضبط النزعة غير المصنف في مكان آخر:** قد يحدث تغير في الشخصية دون وجود سبب عضوي يعزى إليه هذا التغير.

العلاج:

يــتم العــلاج من خلال معالجة السبب العضوي إذا كان قابلاً للعلاج، ويعطى للمــريض أدويــة نفسية لمعالجة الأعراض الواضحة، وقد يحتاج المريض إلى رعاية اجتماعية.

٩- متلازمة التسمم

(Intoxication)

اضــطراب عقلــي عضــوي يتميز بسلوك المريض غير المتوافق اجتماعياً، وهــو متلازمة لتعاطي مادة معينة يعزى إلى تعاطيها حديثاً أو وجودها في الجسم، ولا تتطابق أعراض هذه الحالة مع إحدى متلازمات اضطراب الدماغ العضوية كالهذيان أو الضــلالية العضــوية أو الهلاوس العضوية، وقد يطرأ التسمم على أي من متلازمات اضطراب الدماغ العضوية باستثناء الهذيان.

ويعتــبر التســمم هو المجموعة المتبقية للأعراض الناتجة من مادة خارجية لا تطــابق مــتلازمات اضطراب الدماغ العضوي؛ لذلك فإن تعاطي الأمفيتامين المسبب لتشــوش الوعــي والهــلاوس الحســية يُشــخَّص علــى أنه حالة هذيان الأمفيتامين (Amphetamine Delirium)، أمــا الأعــراض الخفــيفة غير المصاحبة بأعراض الهذيــان فإنهــا تشخص تسمم أمفيتامين، وتعتمد الأعراض على طبيعة المادة التي تم تعاطــيها، ورغــم ذلــك فإن أكثر التغيرات شيوعاً هي اضطرابات الإدراك، واليقظة، والانتــباه، والحكم على الأمور والتفكير، والتحكم الانفعالي، والسلوك الحركي، ويجب ملاحظة أن أكثر من مادة قد تسبب متلازمات متشابهة، فمثلاً الأمفيتامين والكوكايين قد يحدثــان تغيرات سلوكية مضطربة وسرعة نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم والتعرق والارتجاف والغثيان والتقيؤ.

ولا تشخص حالات التسمم ما لم تحدِث فشلاً في السلوك التكيفي، مثل تأثيرها علــى وظيفة المصاب العملية والاجتماعية وعدم تحمله المسؤولية، واضطراب حكمه

علــى الأمــور، وعلــى ذلك فإن التعاطي لأجل التنشيط الاجتماعي الذي يسبب تغيراً فسيولوجياً ونفسياً دون أن يسبب اضطراباً في السلوك لا يعتبر تسمماً.

ويعتمد ظهور بداية أعراض التسمم ومدته على كمية المادة المتعاطاة، وطريقة تعاطـيها، ومقــدرة جسم الشخص على احتمالها، وحجم جسمه، والعمر النصفي للمادة (Half-Life)، ويــبقى التسمم عادة لعدة ساعات، وقد تطول المدة إلى عدة أيام، وقد يــتكرر التســمم للشــخص(Intoxication) خــلال شهر واحد فيصبح مسرفاً للمادة (Substance Abuse)، أو معــتمداً علــيها(Substance Dependence)، وتسبب أعــراض هــذا التســمم للشــخص مشــاكل وظيفية واجتماعية، وتتفاقم هذه المشاكل إذا كانت لدى الشخص مسؤوليات اجتماعية أو وظيفية كبيرة.

المضاعفات:

ينــتج عن المواد المثبطة للجهاز العصبي حالات الغيبوبة أو الوفاة، أما المواد المنشطة فقد ينتج عنها نوبات صرعية، وهناك بعض المواد التي يؤدي تأثيرها الأولي إلــى حــدوث إحدى متلازمات الدماغ العضوية، فمثلاً قد يؤدي تسمم الأمفيتامين إلى هذيان الفيتامين ويؤدي تسمم الكحول المثيلي إلى الخرف.

١٠- متلازمة الانسحاب لمادة (التوقف عن التعاطي) (Withdrawal)

هو اضطراب عقلي عضوي ينشأ عند التوقف عن تعاطي مادة معينة أو تقليل الكمــية التي اعتاد الشخص عليها للوصول إلى حالة التسمم الفسيولوجية، ويظهر ذلك في التاريخ المرضي للشخص إضافة إلى الفحوصات المختبرية.

ولا تتطابق أعراض هذه الحالة على أيٍّ من متلازمات اضطراب الدماغ العضوية، وقد يصاحب اضطراب التوقف عن التعاطي مادة ما والتي لا تطابق متلازمة معينة من اضطرابات الدماغ العضوي، لذلك فإن المتلازمة العرضية المكونة ن تشوش الوعي والهلاوس الحسية التي تنشأ بعد التوقف عن تعاطي الكحول تشخّص

بأنها هذيان التوقف عن تعاطي الكحول، أما الأعراض الخفيفة منها والمرتبطة بالتوقف عن التعاطي للكحول، فتسمى متلازمة التوقف عن تعاطي الكحول (Withdrawal Alcohol Syndrom).

وتختلف الأعراض للمتلازمة تبعاً للمادة التي كان الشخص يتعاطاها، ولكن هناك أعراض شائعة منها: القلق، وعدم الاستقرار، وسرعة الاستثارة، والأرق، واضطراب الانتباه، وهناك أعراض أخرى مصاحبة تتوقف على طبيعة المادة ونوعها التي كان يتعاطاها، ومن هذه الأعراض:

اضطراب الوظائف الفسيولوجية، فيحدث الغثيان والتقيؤ بعد التوقف عن تعاطي الكحول(مثلاً)، ويستمر اضطراب التوقف عن التعاطي فترة محدودة لا تتجاوز أيام قليلة إلى عدة أسابيع على الأكثر، عدا بعض الحالات التي تتسبب في إحدى متلازمات اضطراب الدماغ العضوية مثل الهذيان.

وتتفاوت شدة هذا الاضطراب من خفيفة كما في النيكوتين إلى شديدة كما في الكحول ومشتقات الأفيون.

١١- المتلازمة العقلية العضوية غير المصنفة في مكان آخر.

هناك مجموعة من الأعراض لا تتفق مع أعراض أي من المتلازمات العقلية العضوية السابقة مع وجود سبب عضوي لذلك، مثل حالة الإنهاك العصبي (Neurasthenic) المرتبط ببداية مرض أديسون (Addison s Disease) والاضطرابات غير العادية للوعي أو السلوك التي تحدث أثناء نوبات الصرع.

ب- الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders)

تقسم إلى:

١-اضطراب خرف الشيخوخة وما قبلها.

٢-الاضطرابات العقلية العضوية الناشئة عن مواد ذات مفعول نفسي.

٣-الاضطرابات العقلية العضوية الناشئة عن مرض عضوي آخر.

١- اضطراب خرف الشيخوخة وما قبلها
(Dementias Arising in the Senium And Proscenium)

يسمى الخرف الذي يصيب الإنسان بعد سن الخامسة والستين بخرف الشيخوخة، أما الذي يصيبه قبل ذلك السن فيسمى خرف ما قبل الشيخوخة، ورغم أن مرض الزهايمر يعتبر مرضاً مستقلاً، إلا أن الخرف الذي ينشأ عنه (التنكسي الأولي) يجب أن يصنف تبعاً للسن (شيخوخة أو ما قبلها)، وقد لوحظ حالياً صفات عرضية محددة لمرض الزهايمر الذي كان يعرف قبل ذلك بالتغيرات الهستوباثولوجية فقط.

وفي حالة وجود أعراض محددة تختلف عن الأعراض المرتبطة بمرض الزهايمر أو وجود مرض آخر (مثل كوريا هنتنجتون) ضمن الأعراض المرضية فيشخص على أنه خرف الشيخوخة أو ما قبلها غير المصنف في مكان آخر .

و لوحظ أن الخرف المرتبط بمرض الأوعية الدموية، والذي كان يسمى قبلاً بالذهان المصاحب لتصلب الشرايين المخية يرتبط باحتشاءات متكررة في المخ ومتعددة؛ لذلك سميت هذه المجموعة بخرف الاحتشاءات المتعددة (Multy-Infarct Demenia).

أ- الخرف التنكسي الأولي من نوع الزهايمر
(Primary Degenerative Dementia of the Alzheimer Type)

يبدأ هذا الاضطراب بداية متخفية، ثم يشتد تدريجياً حتى يصل بالمريض إلى التدهور، مع أعراض لخرف متنوع يشمل مختلف القدرات (الذكاء والذاكرة والحكم على الأمور والتفكير التجريدي)، ففي المراحل المبكرة لهذا الاضطراب يحدث خلل في الذاكرة يظهر بصورة نقص معرفي ظاهر، وقد تحدث تغيرات في الشخصية والسلوك مثل التبلد ونقص التلقائية، والانسحاب الاجتماعي، ويبقى المصاب بهذا

الاضطراب منظماً جداً ومتعاوناً وحسن المنظر، ويتصرف بطريقة مقبولة اجتماعياً باستثناء ما يظهر عليه من سرعة استثارة ينشأ عنها أحياناً بعض الانفجارات الانفعالية.

وعند تقدم المرض إلى المرحلة المتوسطة تصبح الاختلالات المعرفية واضحة تماماً، كما تتأثر الشخصية والسلوك بشكل واضح. أما في المراحل الأخيرة لهذا الاضطراب فإن حال المصاب يتدهور، فقد يصبح أبكم وغير منتبه تماماً، ويصبح غير قادر على العناية بنفسه، وينتهي بالوفاة خلال خمس سنوات من بدء الأعراض في حالة الخرف البادئ في الشيخوخة.

ويبدأ اضطراب الزهايمر في أغلب الحالات في سن الشيخوخة (بعد الخامسة والستين)، وأحياناً قبل الشيخوخة، ونادراً ما يحدث قبل سن الخمسين.

أنواعه:

١- خرف تنكسي أولي من نوع الزهايمر ذو بداية في الشيخوخة (بعد سن الخامسة والستين).

٢- خرف تنكسي أولي من نوع الزهايمر ذو بداية قبل الشيخوخة (عند سن الخامسة والستين أو قبلها).

ويكون هذان النوعان:

- مصحوبَين بهذيان.
- مصحوبَين بضلالات.
- مصحوبَين باكتئاب وقلق.
- غير مصحوبَين بمضاعفات.

التغيرات الباثولوجية:

أظهر تشريح الدماغ لمرض الزهايمر بعد الوفاة وجود ضمور في الدماغ واتساع الأخاديد في القشرة المخية، مع توسع في البطينات، ويظهر هذا في التصوير

المقطعي للدماغ باستخدام الكومبيوتر أو بالأشعة السينية (X-Ray)، ويكشف الفحص المجهري عادة عن تغيرات هستوباثولوجية ثلاثة هي:

١- لويحات الأنسجة الهرمة(Senile Plaques).

٢- لييفات عصبية متشابكة(Neurofibrillary Tangles).

٣- تنكس الخلايا العصبية بفجوات محببة (Granulovacular Degeneration of Neurons).

أسباب مرض الزهايمر:

لا تــزال العوامل المسببة لمرض الزهايمر غير معروفة بالتحديد، ولكن هناك أسباب بعضها افتراضي وبعضها الآخر لا يزال قيد الدرس والبحث، منها:

١- العامل الوراثي (لوحظ انتشاره بين الأقارب).

٢- الإصابة بمتلازمة داون (Down s Syndrom)، حيث لوحظ حدوثه بين أغلب المرضى بمتلازمة داون الذين يبقون على قيد الحياة إلى العقد الثالث من العمر.

٣- شذوذ في الجين الصبغي رقم (٢١) لدى المصابين بالزهايمر: وهذا العامل المسبب قد اكتشف حديثاً، وهو نفس الجين الشاذ في متلازمة داون.

٤- التسمم بالألومنيوم: حيث لوحظ وجود هذا العنصر بمعدلات مرتفعة في أنسجة الدماغ للمرضى المتوفين بسبب مرض الزهايمر.

٥- نقص في الإنزيم اللازم لتخليق الاستيل كولين(Acetyl Choline transfers).

٦- اضطرابات الأيض الغذائي.

٧- مرض في المناعة الذاتية(Autoimmune Disease).

التشخيص الفارق:

يجب أن يميز مرض الزهايمر عن الحالات التالية:

١- الشــيخوخة الطبيعــية: لا تسبب تدهوراً في ذكاء الشخص أو علاقاته الاجتماعية بصورة واضحة كما يحدث في مرض الزهايمر.

٢- الخرف الناشئ عن احتشاءات متعددة، والذي يشتد بصورة تدريجية مع وجود علاقات عصبية بؤرية مع أعراض مرض بالأوعية الدموية.

٣- نوبات الاكتئاب العظمى التي تحدث لدى المسنين قد تتشابه مع أعراض الخرف لدرجة كبيرة وتسمى بالخرف الكاذب (Pseudodementia).

٤- الأسباب القابلة للشفاء، مثل نزف تحت غشاء الأم القاسية أو ورم في المخ، ونقص فيتامين ب١٢، ونقص نشاط الغدة الدرقية، يتم استبعادها بواسطة معرفة التاريخ المرضي والفحص المختبري.

٥- مــرض بيك (Pick s Discasc) يصعب تميز هذا المرض عن مرض الزهايمر، ولكن لوحظ أن في مرض بيك علامات عصبية بؤرية أكثر وضوحاً من الزهايمر.

العلاج:

لا يوجد علاج محدد لمرض الزهايمر، ولكن هناك بحوث مضطلع بها في مجال علاجه تهدف إلى تحديد العوامل التي تؤخر بدء ظهوره أو تبطئ تطوره أو تخفف أعراضه، وهناك محاولات علاجية تستخدم أدوية تزيد من الاستيل كولين، مثل تتراهيدروامينوكريدين (Tetrahydroaminoacridinc) أو الكولين والليسيثين (Choline ,Lecithin) الذي يتكون منه الاستيل كولين، ويخلط مع العوامل التي تحفز النشاط قبل الشبكي للخلايا العصبية، مثل (Piracetam) ويعرف تجارياً باسم نوتروبيل (Nootropil). كما أن علاج الاكتئاب لدى المصابين بمرض الزهايمر يمكن أن يؤدي إلى تحسين القدرات الوظيفية، وتكتسي التدخلات النفسية الاجتماعية أهمية بالغة في مرض الزهايمر سواء بالنسبة إلى المرضى أو القائمين على رعايتهم، وتشمل تلك التدخلات التثقيف النفسي والمساندة والطرق السلوكية المعرفية.

ومحاولة الحد قدر الإمكان من الأسباب التي تؤدي إلى إدخال الاضطراب على حياة المريض، مثل الضلالات والشك والارتياب في الآخرين على سبيل المثال، والهياج والاكتئاب.

ب- خرف الاحتشاءات المتعددة (Multy-Infarct Dementia)

وهو الخرف الذي يحدث التدهور المعرفي فيه على شكل مراحل، وفي البداية يترك بعض الوظائف المعرفية نسبياً (Patchy Deterioration)، كما توجد علاقات عصبية بؤرية واضحة (تتمثل في ضعف الأطراف وعدم تماثل المنعكسات العصبية العميقة وصعوبة الكلام وضيق الخطوات في المشي)، وذلك تبعاً لمناطق الدماغ التي أصابها التلف. وتظهر أعراض المرض الوعائي المخي خلال الفحص الجسمي، مثل ارتفاع ضغط الدم أو تضخم عضلة القلب أو شذوذات وعائية في فحص قاع العين. ويصاحب هذا الاضطراب حدوث نوبات من الضحك والبكاء وصعوبة الكلام وصعوبة البلع، وقد توجد فترات من تشوش الوعـــي، أو الإغماء أو الصداع، واضطراب النوم وتغيرات في الشخصية. ويبدأ هذا الاضطراب في سن مبكرة عن مرض الزهايمر، ويظهر الفحص الباثولوجي مناطق من التلين في الدماغ مع وجود تغيرات باثولوجية متفاوتة في الأوعية الدموية. وهذا الاضطراب أقل انتشاراً من مرض الزهايمر، ويكثر بين الذكور عنه بين الإناث.

الأسباب:

المرض الوعائي الموجود هو المسؤول عن الاحتشاءات في الأوعية الدموية الصغيرة الحجم والمتوسطة.

التشخيص:

يتم تشخيص الخرف الناتج عن احتشاءات متعددة من خلال الأعراض التي تظهر على المريض والأعراض العصبية البؤرية، ومن خلال التاريخ المرضي والفحص المختبري بالإضافة إلى الفحص الجسمي السريري الذي يظهر وجود مرض وعائي يمكن اعتباره سبب الاضطراب، كما يلاحظ الطبيب مسار المرض الذي يشتد في اتجاه التدهور والذي يصيب بعض الوظائف دون بعضها.

أنواعه:

١- خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحَب بهذيان.

٢- خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحَب بضلالات.

٣- خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحَب باكتئاب.

التشخيص الفارق:

١- نوبات القصور الدموي المخي العابرة (Transient Ischaemic Attacks): هي نوبات من فقدان بعض الوظائف البؤرية العصبية تحدث لفترات قصيرة تقل عن ٢٤ ساعة، والتي تستمر عادة من (٥-١٥) دقيقة، وهناك آلية قد تكون مسؤولة عن حدوث هذه النوبات، وهي صِمّات (Emboli) صغيرة جداً تسبب هذا القصور الدموي العابر، وتزول تلقائياً دون أن تحدث تغييراً باثولوجياً في أنسجة الدماغ.

٢- مرض الزهايمر وقد سبق وصفه.

العلاج:

لكي يعالج هذا الاضطراب لابد من أن تتم معالجة المرض الوعائي وضغط الدم المرتفع لمنع تقدم المرض ومضاعفاته، كما أن التوقف عن التدخين يحسن من الوظائف المعرفية للمريض، وتعالج الأعراض المصاحبة لخرف الاحتشاءات المتعددة بالأدوية الخاصة بالعلاجات النفسية إذا استلزم الأمر ذلك، مثل الأدوية المنومة التي تعطى في حالات ظهور أعراض الأرق أو الأدوية المضادة للاكتئاب في حالات وجود أعراض الاكتئاب، كما يتضمن العلاج بالإضافة إلى ذلك المعالجة النفسية والاجتماعية بوجه عام، ويتضمن هذا النوع من العلاج تقديم الإسناد النفسي للمريض والاهتمام بصحته الجسمية وتوفير الرعاية الأسرية لــه من خلال تقديم النصح للأشخاص المحيطين بالمريض وتوجيههم في كيفية تقديم العناية النفسية والشخصية له.

ج- خرف الشيخوخة غير المصنف في مكان آخر
(Senile Dementia Not Otherwise Specified)

وهو خرف يحدث بعد سن الخامسة والستين، ولا يمكن تصنيفه كخرف محدد مثل الخرف التنكسي الأولي من نوع الزهايمر أو خرف مرتبط بتعاطــي مــواد ذات

تأثير نفسي مثل الكحول.

د- خرف قبل الشيخوخة غير المصنف في مكان آخر
(Presenile Dementia Not Otherwise Specified)

وهو خرف مرتبط بعامل عضوي يحدث قبل سن الخامسة والستين، ولا يمكن تصنيفه كخرف مثل الخرف التنكسي الأولي من نوع الزهايمر.

٢- الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسي
(Psychoactive Substances Induced Organic Mental Disorders)

هذه المجموعة من الاضطرابات عبارة عن مجموعة من المتلازمات العقلية المختلفة تنشأ نتيجة للتأثيرات المباشرة المتسببة عن تعاطي مواد ذات مفعول نفسي متفاوت على الجهاز العصبي. وقد قسمت هذه المواد إلى إحدى عشرة مجموعة، هي:

١- الكحول (Alcohol).
٢- الأمفيتامين، وما يشبهه (Amphetamine or Similarly Acting Sympathomimetic).
٣- الكافيين (Caffeine).
٤- القنب (Cannabis).
٥- الكوكايين (Cocaine).
٦- محدثات الهلاوس (Hallucinogen).
٧- المستنشقات (Inhalants).
٨- التبغ (النيكوتين) (Tobacco).
٩- المواد الأفيونية (Opioid).
١٠- عقار (ب.س.ب (P.C.P)) وما يشبهه.
١١- المهدئات والمنومات (Barbiturates and tranquilizers).

وهناك مجموعة متبقية للاضطرابات العقلية العضوية تنشأ بسبب مواد ذات تأثير نفسي غير محدود، ويشترط أن يكون تعاطي هذه المواد ليس كعلاج طبي لتغير الوجدان أو السلوك، والمدمنون على تعاطي هذه المواد ينكرون تعاطيها، وهي مشكلة شائعة لديهم، ولكن أغلب هذه المواد يمكن تحديدها من خلال فحص البول خلال ٤٨ ساعة من التعاطي، وهناك طريقتان لفحص البول الأولي تسمى اختبار الفصل (الغربلة) (Screening)، وهذه الطريقة ذات حساسية عالية لفصل المتعاطي (موجب) من غير المتعاطي (سالب)، ولكن أحياناً قد يوجد موجب زائف من هذه الطريقة، لذلك يتم التأكد من الحالات الموجبة بالطريقة الثانية، وهذه الطريقة أقل حساسية من الأولى، ولكنها أكثر دقة في تحديد المواد، كما أنها أكثر تكلفة أيضاً، ومن أهمها: (High Performance) و (Gas Chromatography) و (Liquid Chromatography)، وتساعد هذه الاختبارات على تحديد المادة المتعاطاة؛ لأن الأعراض قد تتشابه وقد يصعب تحديدها طبياً، كما تساعد هذه الاختبارات في بدء العلاج المناسب، إن فحص معدل المادة المتعاطاة في دم المتعاطي يساعد في تحديد إلى أي مدى أصبح الشخص يحتمل المادة (Tolerance) بالإضافة إلى مدة التعاطي، وتساعد هذه الاختبارات أيضاً في التمييز بين الإدمان والذهان، ويمكن إجراؤها قبل القياسات النفسية بسبب تداخل هذه المواد في نتائج القياس، وتؤجل الاختبارات النفسية عند الكشف عن وجود المواد المتعاطاة إلى ما بعد زوال أثرها من الجسم (تستغرق حوالي أسبوعين).

الاضطرابات العقلية الناتجة عن تعاطي الكحول (Alcohol-Induced Organic Mental Disorders).

١- اضطراب التسمم الكحولي (السُكر) (**Alcohol Intoxication**): يتميز هذا الاضطراب بالسلوك غير المتكيف بسبب تعاطي الكحول، ويظهر في صورة العدوان واضطراب الحكم على الأمور وعدم الانضباط الاجتماعي والوظيفي، بالإضافة إلى الملامح الفسيولوجية التي تكون مصاحبة لتلك الحالة، مثل احمرار الوجه والترنح مع

الثرثرة غير الواضحة المقاطع، ونقص الانتباه وسرعة الاستثارة والسرور أو الاكتئاب أو التقلب الانفعالي.

ومادة الكحول في الأساس تثبط نشاط الجهاز العصبي، ولكن تأثيره المبدئي غالباً منشط، لذلك فإن التسمم الكحولي (السُكر) يبدأ بزيادة النشاط والإحساس بالقوة وزيادة الطاقة، وينتهي بالاكتئاب والانسحاب والبله وفقدان الوعي.

وتعتمد مدة نوبة التسمم الكحولي على نوع الكحول المتعاطى، وكميته ومعدل تعاطيه وتناول الطعام من عدمه، وتختلف قابلية تحمل الأشخاص المتعاطين لهذه المادة وقابليتهم للتسمم الكحولي، فبعضهم يظهر لديهم التسمم عندما يصل معدل الكحول في الدم إلى (٣٠ملغم%)، وآخرون لا يظهر لديهم التسمم حتى عند وصول معدله في الدم إلى (١٥٠ملغم%)، ولكن بصورة عامة يظهر التسمم لدى الأشخاص عندما يكون معدل الكحول في الدم بين (١٠٠ و ٢٠٠ملغم%)، وتحدث الوفاة عند وصول معدله بين (٤٠٠-٧٠٠ملغم%).

٢- الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي الكحول (Alcohol Withdrawal): هو اضطراب يحدث لدى توقف المتعاطي عن تعاطيه للكحول، ويتميز بأعراض معينة، مثل ارتعاش اليدين واللسان وجحوظ العينين والغثيان والتقيؤ والضعف الجسمي والقلق والاكتئاب الوجداني أو سرعة الاستثارة، وزيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (تتمثل في ازدياد نبضات القلب والتعرق وارتفاع ضغط الدم)، وتحدث هذه الأعراض بعد التوقف عن التعاطي أو تقليله بواسطة الشخص المستمر على تعاطيه لعدة أيام. ويصاحب ذلك بنوم متقطع تتخلله أحلام مزعجة، بالإضافة إلى خداعات الإدراك التي تحدث أثناء اليقظة، وتختفي هذه الأعراض خلال خمسة أيام إلى سبعة أيام ما لم يحدث هذيان التوقف عن تعاطي الكحول.

٣- هذيان التوقف عن تعاطي الكحول (Alcohol Withdrawal Delirium): يحدث الهذيان بسبب التوقف عن تعاطي الكحول أو تقليل الكمية، ويزداد نشاط الجهاز

العصبي المستقل، حيث تظهر الضلالات والهلاوس البصرية، ويسمى هذا الاضطراب الهذيان الارتعاشي (Delirium Tremens)،ويكون مصحوباً بارتعاش غليظ (Coarse Tremors) غير منتظم.

تحدث النوبة الأولى من هذا الاضطراب في اليوم الأول عند الأشخاص الذين أمضوا فترة تعاطي للكحول بكميات كبيرة تمتد من خمسة أعوام إلى خمسة عشر عاماً، ويكون عادة بشكل نوبات.

وتبدأ النوبة الثانية في اليوم الثاني أو الثالث من التوقف عن التعاطي أو تقليل الكمية، ونادراً ما تتأخر لمدة أسبوع.

٤- هلاوس الكحول (Alcohol Hallucinosis): الصفة المميزة لهذه الحالة هي وجود هلاوس سمعية تظهر بعد أن يتوقف الشخص عن تعاطي الكحول أو عندما يقلل الكمية التي اعتاد على تعاطيها، وعادة تكون هذه الهلاوس أصواتاً .. ونادراً ما تكون غير مكتملة التكوين، وتحدث في خلال ٤٨ ساعة من التوقف أو التقليل، وأحياناً تتأخر عن ذلك، ومحتوى هذه الهلاوس يكون مزعجاً، وأحياناً تقوم هذه الأصوات بتهديده وربما يؤذي نفسه أو الآخرين بسببها، وتكون الهلاوس السمعية أحياناً مصحوبة بهلاوس بصرية تظهر بصورة عابرة، وتكون غير ثابتة.

ولا يستمر هذا الاضطراب أكثر من أسبوع في الغالب، ولكن قد يستمر أحياناً إلى عدة أسابيع، ونادراً ما يصبح مزمناً، ويكون مصحوباً بظهور أفكار اضطهادية وضلالات مما يصعب على الطبيب تمييز هذا الاضطراب من الفصام.

٥- اضطراب النسيان الكحولي (Alcohol Amnestic Disorder): الصفة المميزة لهذه الحالة هي النسيان الذي يرجع سببه إلى نقص فيتامين ب١ (B1) المصاحب لتعاطي الكحول لفترة طويلة، ويسمى مرض كورساكوف (Korsakoff s Disease)، ويكون هذا الاضطراب مصحوباً باضطرابات عصبية، مثل التهاب الأعصاب الطرفية والترنح (Ataxia).

ويتـبع اضطراب النسيان الكحولي غالباً نوبةً حادة من التهاب الدماغ المسمى (Wernickes Enccphalopathy)، (وهـو مـرض عصـبي يتميز بتشوش الوعي والـترنح بالإضـافة إلى أعراض عصبية أخرى) الذي تختفي أعراضه تدريجياً ويبقى اضطراب الذاكرة المسبب عنه في صورة النسيان.

وإذا تمـت معالجـة هـذا الالتهاب الدماغي بجرعات كبيرة من الثيامين، فإن اضـطراب النسيان الكحولي قد لا يحدث، وإذا حدث فإنه يحدث بصورة مستقرة، فإن التحسن الذي قد يطرأ يكون طفيفاً وبعد مرور وقت طويل من العلاج، ويبقى المريض بحاجة إلى رعاية مستمرة بقية حياته.

٦- الخـرف المصاحب للكحولية(Dementia Associatcd With Alcoholism):

هو الخرف الذي يصاحب تعاطي الكحول بكميات كبيرة ولفترة طويلة مع استبعاد جميع أسباب الخرف الأخرى، وقد لا يكون هذا الخرف مجرد تأثير عابر للتسمم الكحولي أو الـتوقف عن التعاطي، لذلك فإن التشخيص لا يتم إلا إذا استمر الخرف لمدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع من التوقف عن تعاطي الكحول.

الاضـطرابات العقلية العضوية الناتجة عن الباربتيورات، أو المواد المشابهة المفعول (المهدئة،المـنومة) (Barbiturates and tranquilizers Organic Mental Disorders):

١- التسـمم بالباربتيورات أو المواد المشابهة لها (Barbiturates or tranquilizcrs Intoxication): يتمـيز بتقلـب الوجدان وسرعة الاستثارة وإطلاق السلوك العدواني والنزعات الجنسية والثرثرة واضطراب التحكم العصبي والمشية المترنحة، واضطراب الانتـباه والذاكـرة والحكم على الأمور، وتؤدي هذه الأعراض إلى فشل الشخص في تحمـل مسـؤوليته الوظيفية والاجتماعية، وسبب ذلك ليس مرضاً عقلياً أو جسمياً، بل تعاطـي المريض للباربتيورات أو المواد المشابهة المفعول لها من حيث التأثير المهدئ أو المنوم لفترة طويلة.

٢- الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي الباربتيورات أو المواد المشابهة لها (Barbiturates or tranquilizers Withdrawal Disorder): يحدث هذا الاضطراب لدى الأشخاص المتعاطين لهذه المواد لفترة طويلة، فعند التوقف أو تقليل كمية التعاطي يحدث الغثيان والتقيؤ وزيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل والقلق أو الاكتئاب مع سرعة الاستثارة وارتعاش اليدين واللسان.

٣- هذيان التوقف عن تعاطي الباربتيورات أو المواد المشابهة لها (Barbiturates or tranquilizers Withdrawal Delirium): يحدث الهذيان خلال أسبوع من التوقف أو التقليل، ويزداد نشاط الجهاز العصبي المستقل (مثل زيادة نبضات القلب والتعرق وارتفاع ضغط الدم) لدى الشخص الذي كان يتعاطى هذه المواد بكمية كبيرة.

٤- اضطراب النسيان الناتج عن تعاطي الباربتيورات أو المواد المشابهة لها (Barbiturates or tranquilizers Amnestic Disorder): وقد سبق وصف اضطراب النسيان، ويحدث لدى الشخص المتعاطي لهذه المواد على مدى طويل.

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن المواد الأفيونية (Opioid Organic Mental Disorders):

تشمل هذه المجموعة مواد طبيعية، مثل المورفين والهيروين ومواد مصنعة ذات مفعول يشبه المورفين مثل المبريدين والميثادون، وطرق تعاطي هذه المواد هي إما عن طريق الفم أو عن طريق الحقن الوريدي أو الحقن العضلي أو تحت الجلد.

١- التسمم بالمواد الأفيونية (Opioid Intoxication): يتميز بظهور علامات نفسية وعصبية وتأثيرات سلوكية غير تكيفية بسبب التعاطي الحديث للمواد الأفيونية، والعلامات النفسية هي الشعور بالسرور أو بالضيق مع التبلد والبطء في الحركة، أما العلامات العصبية، فهي التضيق الشديد في حدقة العين أو اتساعهما، وذلك

بسـبب نقـص كمـية الأوكسـجين التـي تصـاحب زيـادة الجرعة بصورة شديدة، والنعاس وعدم وضوح الكلام واضطراب الانتباه والذاكرة.

أمـا التأثـيرات السلوكية غير التكيفية، فتشمل اضطراب الشخص في علاقاته الاجتماعـية وأدائـه الوظيفي، بالإضافة إلى فشله في تحمل مسؤولياته، ويصاحب هذه الأعـراض أحـياناً نقـصٌ في حدة الرؤية البصرية وعدم الإحساس بالألم والإمساك، ويصل أعلى تأثير لجرعة المورفين للمتعاطي عن طريق الوريد خلال خمس دقائق من تعاطـيها، ويستمر تأثيرها لفترة تتراوح من أربع إلى ست ساعات، وأخطر مضاعفات التسـمم بـالمواد الأفيونية عند ظهور أعراض التسمم تتمثل في صورة غيبوبة وهبوط حـاد فـي ضـغط الدم وتضيق حدقتي العينين وبطء شديد في التنفس، وقد تؤدي هذه الحالـة إلـى الوفـاة بسـبب توقف التنفس، ويمكن إزالة هذه الأعراض بواسطة حقن المتعاطـي جرعة مضادة مثل نلوكسون (Naloxone)، أو نلورفين (Nalorphine)، أو لفالورفـان (Levallorphan)، خاصة إذا أعطيت قبل أن يحدث تلف الدماغ بسبب غياب الأوكسجين.

٢- الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي المواد الأفيونية (Withdrawal Opioid): يتميز هذا الاضطراب باتساع حدقة العين وزيادة إفراز الدمع والتعرق والتثاؤب وسرعة نبضات القلب وارتفاع درجة الحرارة وارتفاع طفيف في ضغط الدم والإسهال، وتظهر هذه الأعراض بعد التوقف عن تعاطي المواد الأفيونية بفترة أسبوع إلى أسبوعين أو بعد إعطاء الجرعة ذات المفعول المضاد (مثل نلوكسون أو نلورفين)، ويصاحب هذه الأعراض عدم الاستقرار وسرعة الاستثارة والاكتئاب والارتعاش والضعف الجسمي والغثيان والتقيؤ وآلام المفاصل والعضلات والرشح والعُطاس ونزول السوائل من الأنف، وهذه الأعراض تشبه إلى حد كبير أعراض الإنفلونزا، وتظهر الأعراض الأولية للتوقف عن المورفين أو الهيروين خلال ست إلى ثماني ساعات بعد الجرعة الأخيرة، وتصل الأعراض إلى أقصى درجة لها في اليـوم

الثاني، ثم تختفي تدريجياً بعد أسبوع إلى عشرة أيام.

أمـــا فـــي حالات التوقف عن تعاطي المبريدين، فإن الأعراض تظهر سريعاً بعـــد آخـــر جـــرعة وتصل إلى أقصى درجة لها خلال ثماني إلى اثنتي عشرة ساعة، ثـــم تختفـــي خـــلال أربعة إلى خمسة أيام، أما أعراض التوقف عن تعاطي الميثادون فتـــبدأ بعـــد يـــوم إلى ثلاثة أيام من تعاطي آخر جرعة وتختفي بعد عشرة إلى أربعة عشر يوماً، وتكون هذه الأعراض خفيفة، ويلاحظ أن المواد التي يكون مفعولها قصير المدى تحدث أعراض توقف حادة وقصيرة المدى أيضاً، أما المواد التي يكون مفعولها طويـــل الأمـــد، فإنها تحدث أعراضاً في مدى أطول وخفيفة الحدة، بخلاف الجرعات المضـــادة، حيـــث تحدث أعراضاً شديدة حتى للمواد طويلة المفعول، ونادراً ما تحدث الوفاة ما لم يكن هناك مرض عضوي شديد.

الاضطراب العقلي العضوي الناتج عن الكوكايين
(Cocaine Organic Mental Disorder):

يتم تعاطي الكوكايين عادة عن طريق الشم بواسطة الأنف (للرقائق البلورية أو المسحوق)، أو عن طريق الحقن الوريدي أو عن طريق تدخينه في السجائر أو في الغليون، حيث يكون تأثيره شبيهاً بالحقن الوريدي، وبعض متعاطي الأفيون يفضلون تعاطي الكوكايين بعد خلطه مع الهيروين فيما يعرف لديهم باسم الكرة السريعة (Speed ball)، ويؤخذ عن طريق الفم (Orally).

١- التسمم بالكوكايين (Cocaine Intoxication): يتميز بشعور المتعاطي بالتسمم والثقة وزيادة اليقظة والإدراك للمثيرات، وقد يسبب القلق أو الإحساس بالعظمة الثرثرة وزيادة كمية التفكير، بالإضافة إلى ظهور أعراض جسمية، مثل تسارع نبضات القلب واتساع حدقة العين وارتفاع ضغط الدم والتعرق أو الارتجاف والغثيان والتقيؤ وفقدان الشهية للطعام والأرق، وتظهر هذه الأعراض بعد مضي ساعة واحدة من التعاطي، وقد تظهر بعد دقائق قليلة، ويصاحب ذلك أعراض تسبب اضطراباً لتكيف الشخص

المتعاطي، مثل اضطراب الحكم على الأمور، ويجعله ذلك مضطرب السلوك وغير قادر على أداء عمله الوظيفي وفاشلاً في علاقاته الاجتماعية، ويشعر المتعاطي الصداع والإحساس بنبضات القلب أو حدوث أفكار اضطهادية، وزيادة الاهتمام الجنسي وسماع أصوات تناديه، وكذلك حدوث هلاوس حسية تشبه زحف الحشرات على جسمه وتسمى "بعوض الكوكايين"، كما يلاحظ حركات تكرارية الفم واللسان، وتظهر أعراض الرغبة في تعاطي المزيد من الكوكايين في صورة من القلق الشديد والارتجاف وسرعة الاستثارة والإجهاد بعد مرور ساعة تقريباً من أعراض التسمم السابقة، وتختفي كل هذه الأعراض تلقائياً بعد مرور أربع وعشرين ساعة.

الاضـــطرابات العقلية العضوية الناتجة عن الأمفيتامين (أو المواد المشابهة المفعول) (Amphetamine Organic Mental Disorders):

وتشمل الأمفيتامين والدكستر أمفيتامين ومث أمفيتامين أو بعض المواد التي تستخدم كمثبطات للشهية، وتؤخذ هذه المواد عن طريق الفم أو الحقن الوريدي.

١- التسمم بالأمفيتامين أو المواد المشابهة المفعول (Amphetamine Intoxication): تشبه أعراض هذا التسمم إلى حد كبير أعراض التسمم بالكوكايين، إلا أن الضلالات أو الهلاوس التي تحدث في حالة التسمم بالكوكايين تكون عابرة دائماً، بينما تكون في حالة الأمفيتامين ثابتة بعد التأثير المباشر للمادة، ويسمى في هذه الحالة اضطراب الضلالات الناتج عن الأمفيتامين أو المواد المشابهة المفعول.

٢- الهذيـــان الـــناتج عن الأمفيتامين (أو المواد المشابهة المفعول) (Amphetamine Delirium): يحـــدث الهذيـــان خلال أربع وعشرين ساعة من تعاطي الأمفيتامين أو المـــواد المشابهة المفعول، ويصاحبه حدوث هلاوس شمية مع تقلب الوجدان والسلوك العدواني، ويحدث عادة بعد ساعة من تعاطي المادة، وينتهي بعد مرور ست ساعات.

٣- اضطراب الضلالات الناتج عن الأمفيتامين (أو المواد المشابهة المفعول) (Amphetamine Delusional Disorder): تحدث ضلالات اضطهادية بعد

التعاطي المزمن للأمفيتامين أو المواد المشابهة المفعول، بالإضافة إلى ظهور أفكار عدائية وقلق وهلاوس حسية تكون في صورة ديدان أو بعوض تحت الجلد، مما يؤدي إلى حك الجلد بعنف لدرجة تسلخه.

متلازمة الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي الأمفيتامين (أو المواد المشابهة المفعول)(Amphetamine Withdrawal):

يحدث فيه الاكتئاب والإجهاد واضطراب النوم وزيادة الأحلام، وذلك بعد أن يتوقف المتعاطي أو يقلل تعاطيه للأمفيتامين والمواد المشابهة له، ويصاحب هذه الأعراض أفكار انتحارية، وتبلغ الأعراض ذروتها بعد مرور يومين إلى أربعة أيام من التوقف، ويحدث هذا الاضطراب خلال ثلاثة أيام من التوقف أو تقليل التعاطي.

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن المواد المحدثة للهلاوس (Hallucinogen Organic Mental Disorders):

وهذه المواد إما أن تكون مشابهة التركيب لمادة (٥-هيدروكسي تريبتامين)، مثل (إل.إس.د) (L.S.D) وال دي مثيل تريبتامين (D.M.T)، أو تكون مشابهة للكاتيكول أمين مثل المسكالين، وتتعاطى هذه المواد عن طريق الفم.

١- هلاوس المواد المحدثة للهلاوس (Hallucinogen Hallucinosis): ويتميز بحدوث تغيرات إدراكية وأعراض جسمية وتأثيرات سلوكية مضطربة بسبب تناول مادة محدثة للهلاوس، وتشمل التغيرات الإدراكية الإحساس الذاتي بحدة الإدراك أو اختلال الآنية أو اختلال البيئة المحيطة أو خطأ التأويل أو الهلاوس، وهذا يحدث في حالة من اليقظة وزيادة الانتباه للتفاصيل، وقد تشمل الخداعات تشوه صورة الجسم لدى الشخص، وتكون هذه الهلاوس عادة بصرية.

وتشمل الأعراض الجسمية اتساع حدقة العين وتسارع نبضات القلب والإحساس بها والتعرق واهتزاز الرؤية والارتعاش والترنح، أما التأثيرات السلوكية المضطربة فتكون في صورة قلق أو اكتئاب أو ظهور أفكار اضطهادية، بالإضافة إلى

اضطراب الحكم على الأمور، وهذا يؤدي إلى اختلال أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك اقتناع لدى الشخص بأنه قد فقد عقله، ويحدث هذا الاضطراب خلال ساعة من تعاطي مادة الـ (L.S.D)، (وهي ما تستعمل غالباً)، ويبقى لمدة ست ساعات، ونادراً ما يؤذي الشخص نفسه أو الآخرين خلالها.

٢- الاضطراب الضلالي الناتج عن محدثات الهلاوس (Hallucinogen Delusional Disorder): هو اضطراب عقلي عضوي ضلالي يبقى بعد مرور فترة التأثير المباشر للمادة المحدثة للهلاوس، أي بعد مرور أربع وعشرين ساعة من التعاطي، حيث توجد جميع التغيرات الإدراكية في الاضطراب السابق، بالإضافة إلى ضلال بأن التغيرات الإدراكية والأفكار المصاحبة لها حقيقية وواقعية، وقد يكون هذا الاضطراب عابراً، أو قد يبقى لفترة طويلة حيث يصعب تمييزه عن النوبات الذهانية الحادة، مثل الاضطراب الفصامي الشكل أو الاضطراب البارانوي الحاد.

٢- اضطراب الوجدان الناتج عن المواد المحدثة للهلاوس (Hallucinogen Affective Disorder): هو اضطراب الوجدان العضوي الذي يبقى بعد مرور فترة التأثير المباشر للمادة المحدثة للهلاوس، أي بعد مرور أربع وعشرين ساعة من التوقف عن تعاطي المادة المحدثة للهلاوس، حيث يظهر القلق أو الاكتئاب، ونادراً ما يحدث الانسجام (السرور)، ويصاحب الاكتئاب تأنيب الضمير والإحساس بالذنب مع الخوف والتوتر وعدم الراحة الجسمية وصعوبة النوم، بالإضافة إلى ظهور أفكار لدى الشخص بأنه قد فقد عقله وأصبح مجنوناً ولن يعود له عقله مرة أخرى.

أما في حالة الانسجام، فتظهر تلك الأفكار بصورة أفكار العظمة والتشتت وزيادة النشاط، وقد يكون هذا الاضطراب عابراً أو قد يبقى لفترة طويلة، حيث يصعب تمييزه عن اضطراب الوجدان.

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن القنب
(Cannabis Organic Mental Disorders):

ويستخدم منها الماريجوانا والحشيش، وتتعاطى إما عن طريق الفم بعد خلطها بالطعام أو عن طريق تدخينها.

١- تسمم القنب (Cannabis Intoxication): يُحدث أعراضاً نفسية أو جسمية أو سلوكاً اجتماعياً مضطرباً لدى الشخص بعد تعاطيه، تشمل الأعراض النفسية السرور (حيث يعبر الشخص عن سروره بإحساسه بالسعادة والاسترخاء)، وزيادة حدة الإدراك والإحساس ببطء الزمن والانشغال المسبق بمثيرات سمعية أو بصرية واللامبالاة، والأعراض الجسمية تشمل زيادة نبضات القلب، (وتصبح خفيفة غير واضحة في حالات المزمنين)، واحتقان ملتحمة العين وزيادة الشهية للطعام، أما السلوكيات المضطربة، فإنها تشمل ظهور أفكار اضطهادية ونوبات القلق الحادة واضطراب الحكم على الأمور، مما يؤدي إلى خلل في أدائه الوظيفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك اختلال الآنية واختلال البيئة (Depersonalization and Derealization)، ويحدث التسمم بالقنب خلال نصف ساعة من تدخين الماريجوانا، ويستمر لمدة ثلاث ساعات، أما إذا تعاطى القنب عن طريق الفم فإنه يصل إلى أعلى معدل له في الدم بعد مرور فترة طويلة؛ إذ إنه بطيء الامتصاص.

٢- الاضطراب الضلالي للقنب (Cannabis Delusional Disorder): يتبع تعاطي القنب مباشرة حدوث ضلالات اضطهادية لدى المتعاطي أو تحدث أثناء التسمم بالقنب، ولا يتجاوز هذا الاضطراب عادة فترة التسمم التي تستمر لساعات قليلة، ويصاحبه ذلك قلق واضح، وتقلب الانفعال واختلال الآنية بالإضافة إلى أعراض التسمم السابقة.

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن التبغ
(Tobacco Organic Mental Disorder)

١- الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي التبغ (Tobacco Withdrawal):

يتسبب اضطراب عن التوقف أو التقليل من تعاطي التبغ، فيشعر المتعاطي بالرغبة الملحة لتعاطي التبغ وسرعة الاستثارة والقلق وصعوبة التركيز وعدم الاستقرار والصداع والدوخة واضطراب المعدة والأمعاء.

ويرجع سبب ذلك بصورة خاصة إلى نقص معدل النيكوتين في الدم، ويحدث هذا الاضطراب لدى المدخنين للتبغ بشراهة، فيضطرب لديهم الوجدان بعد ساعتين من آخر سيجارة تم تدخينها، وتظهر الرغبة الملحة للتدخين بعد ذلك حتى تبلغ أقصى درجة لها خلال أربع وعشرين ساعة، ثم تتناقص هذه الرغبة تدريجياً بعد مرور أيام أو أسابيع من التوقف،ويصاحب ذلك الإيقاع البطيء في رسم الدماغ الكهربائي، وزيادة انقباض عضلات المضغ ونقص في معدل نبضات القلب وانخفاض ضغط الدم وزيادة الشهية للطعام واكتساب الوزن، بالإضافة إلى الخلل في إنجاز الأعمال التي تحتاج إلى يقظة.

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن تعاطي الكافيين

:(Caffeine Organic Mental Disorders)

يتم تعاطي الكافيين في المشروبات المنبهة، حيث يوجد في القهوة والشاي والكولا والشكولاته.

١- تسمم الكافيين (Caffeine Intoxication): يتميز بعدم الاستقرار وسرعة الاستثارة والأرق واحمرار الوجه وكثرة التبول واضطرابات المعدة والأمعاء، وتظهر هذه الأعراض لدى بعض الأشخاص ممن اعتاد على تعاطي الكافيين بمعدل ٢٥٠ ملغم يومياً، (يحتوي كوب القهوة بين ١٠٠-١٥٠ملغم كافيين، وكوب الشاي ٥٠-٧٥ملغم، وكوب الكوكا ٣٠-٥٠ ملغم)، بينما يحتاج الآخرون إلى جرعات أخرى، وعندما يصل التعاطي إلى أكثر من ١ غرام في اليوم يحدث اختلاج في العضلات وزيادة الحركة واضطراب إيقاع نبضات القلب، واضطراب الإحساس مثل طنين الأذنين، وإذا زادت الجرعة عن ١٠غم من الكافيين تحدث نوبات صرعية عظمى ويتوقف التنفس وتحصل الوفاة.

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من تعاطي مواد أخرى أو غير محددة (Other Substance Induced Organic Mental Disorders)

إذا لم يكن بالإمكان تصنيف المادة ضمن أي من المجموعات السابقة مثل الاضطراب الضلالي الذي ينتج من الليفودوبا (Levo-dopa Delusional Disorders) أو هذيان مضادات الأستيل كولين، أو إذا كانت المادة المسببة غير معروفة، وينشأ عن هذه المجموعة أي من المتلازمات العقلية العضوية السابقة (التسمم، التوقف عن التعاطي، الهذيان، الخرف، النسيان الضلالي، الهلاوس اضطراب الوجدان، اضطراب الشخصية، أو غير المطابق للأنواع السابقة).

اضطراب الإدمان لمادة ذات مفعول نفسي (Psychoactive Substance use Disorders):

هناك مواد تعتبر محددة للنشاط تتعاطى في بعض المجتمعات، مثل القهوة والشاي أو الكحول كأجر عادي، كما أن بعض المواد تستخدم طبياً لغرض تخفيف الألم أو تقليل التوتر أو تقليل الشهية للطعام.

وقد يؤدي استعمال بعض المواد إلى تغيرات سلوكية تؤثر على تكيف الفرد وتؤدي إلى فشله في أداء دوره الوظيفي والاجتماعي، كما يؤدي إلى عدم قدرته في الامتناع عن تعاطي هذه المادة أو التقليل منها، حيث تظهر أعراض انسحاب المادة لدى المتعاطي.

إن مجموعة اضطرابات الإدمان لمادة ذات مفعول نفسي تتعامل مع الأعراض والتغيرات السلوكية غير التكيفية والمرتبطة بالتعاطي المنتظم لهذه المواد، بينما تتعامل الاضطرابات العقلية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسي مع التأثيرات المباشرة حادة كانت أو مزمنة لهذه المواد على الجهاز العصبي.

وكثيراً ما يحدث للمدمنين اضطرابات عقلية تنتج عن المواد التي يدمنونها، مثل اضطراب التسمم أو اضطراب انسحاب المادة وينتج عن تعاطي مادة ذات مفعول

نفسي (الاعتماد على تلك المادة) (Dependcncc) أو سوء تعاطي (الإسراف في التعاطي) (Abuse).

اضطراب الاعتماد على مادة ذات مفعول نفسي (Psychoactive Substance Dependence):

هـو عـبارة عن تجمع أعراض معرفية وسلوكية وفسيولوجية، تشير إلى أن الشـخص قـد اختل تحكمه في تعاطي مواد ذات تأثير نفسي واستمر في تعاطيها رغم نـتائجها السيئة، وتشمل أعراض هذه المتلازمة الأعراض الفسيولوجية، ولكنها ليست محصورة في طاقة تحمل الشخص (Tolerance) والانسحاب (Withdrawal)؛ إذ إن لـدى بعـض الناس طاقة تحمل فسيولوجية وأعراض انسحاب، وليس لديهم مواصفات مـتلازمة الاعـتماد المحددة هنا، وهناك مواد مثل القنب ليس لها علاقات فسيولوجية واضحة لطاقة التحمل أو الانسحاب.

ولتشخيص متلازمة الاعتماد يجب ملاحظة ثلاثة أعراض على الأقل من تسعة أعـراض مميزة لهذه الحالة، ويجب أن تبقى بعض هذه الأعراض مدة شهر على الأقل قـبل أن تختفي، أو قد تحدث بصورة متكررة على مدى فترة طويلة من الزمن، وهذه الأعراض هي:

١- تعاطي الشخص للمادة ذات المفعول النفسي بكميات كبيرة أو على فترة أطول مما ينبغي.

٢- وعـي الشـخص بأن تعاطيه للمادة فيه إسراف، ويبذل محاولات لتقليل الكمية أو التحكم في التعاطي، ولكنه يفشل طالما أن المادة متوفرة.

٣- محاولـة حصوله على هذه المادة وتوفيرها في الحالات الخفيفة، يقضي الشخص عدة ساعات يومياً يتعاطى المادة، ولكنه يستطيع الاندماج في نشاطات أخرى، ولكن في الحـالات الشـديدة يدور نشاط الشخص اليومي حول الحصول على المادة واستعمالها والتخفيف من آثارها.

٤- قد يعاني الشخص أعراض التسمم أو الانسحاب في وقت أدائه لعمل ما، مثل قيادة سيارته أو أثناء وظيفته.

٥- التوقف عن النشاطات الترفيهية والاجتماعية بسبب تعاطي المادة.

٦- تنشأ مشاكل بسبب طول التعاطي (مشاكل اجتماعية ونفسية وجسمية)، وتتفاقم بسبب استمرار التعاطي، ولكنه لا يتوقف رغم معرفته بذلك.

٧- حاجة المتعاطي للزيادة المضطردة في الجرعة التي يتعاطاها للحصول على التأثير المطلوب (نظراً للنقصان التدريجي لتأثير الجرعة على الجسم كلما تعود عليها).

٨- تظهر أعراض الانسحاب عند التوقف عن التعاطي أو تقليل الكمية، وتختلف هذه الأعراض بحسب المادة المستخدمة.

٩- يتعاطى الشخص المادة التي يدمنها لكي يخفف من أعراض الانسحاب.

الإسراف في تعاطي مادة ذات مفعول نفسي(Psychoactive Substance abus):

الإسراف في تعاطي مادة هو مجموعة متبقية من الأنماط غير التكيفية للمادة ذات المفعول النفسي التي لا تتفق مع مواصفات الاعتماد على المادة، ويقصد بالأنماط غير التكيفية من التعاطي:

١- الاستمرار في تعاطي المادة رغم معرفته بحدوث مشاكل متكررة وثابتة اجتماعية أو نفسية أو جسمية أو وظيفية تتسبب أو تتفاقم بتعاطي المادة.

٢- تكرار تعاطي المادة عندما يحمل التعاطي خطورة جسمية، (مثل قيادة السيارة وهو ثمل)، ويجب أن تظل الأعراض لمدة شهر على الأقل أو تتكرر على مدى زمني طويل قبل أن تشخص على أنها إسراف.

يبدأ الإدمان عادة في نهاية العشرينات أو الثلاثينات، وأحياناً في الأربعينات، ويرتبط الإدمان بحدوث متلازمات عقلية عضوية ومضاعفات ترتبط بالتسمم، مثل الإصابات الجسمية والسلوك العدواني وحوادث المرور، بالإضافة إلى تدهور الصحة العامة للشخص وظهور الأمراض الجسمية بسبب نقص التغذية والنظافة، ويسبب

اســتخدام الحقــن الملوثــة لتعاطي المواد الإصابة بالتهاب الكبد أو التيتانوس والتهاب الأوردة والتســمم البكتيري المصحوب بارتفاع درجة الحرارة، كما أن استعمال الحقن الملوثة يعرض المتعاطي إلى الإصابة بفيروس العوز المناعي الإيدز (AIDS) وغيره من مسببات الأمراض التي ينقلها الدم.

وقد ينتج عن تعاطي الكوكايين الموت المفاجئ بسبب اختلال نبضات القلب أو احتشــاء العضلة القلبية أو بسبب صدمة وعائية (Shock) أو توقف التنفس، كما تشيع الأعــراض الاكتئابــية لدى المدمنين، والتي تكون مسؤولة عن حدوث حالات الانتحار لهــم، ويرتــبط الاعــتماد الطويــل على مواد معينة ذات مفعول نفسي (خاصة القنب ومحدثــات الهلاوس وعقار (ب.سي.ب) غالباً بنقص السلوكيات الهادفة حتى مع عدم تعاطــي المــادة لفترة طويلة، ويكون مصحوباً باكتئاب وقلق وسرعة استثارة وصعوبة التركيز، وتصف هذه الأعراض متلازمة انعدام الدافعية.

الأعراض المصاحبة للإدمان:

١- طريقة تعاطي المادة: تعتبر الطريقة التي يتعاطى بها الشخص المادة ذات المفعول النفسي عاملاً مهماً في تحديدِ ما إذا كان التعاطي سيؤدي إلى الاعتماد أو الإسراف، فالطريقة التي تعطي تأثيراً أسرع وأقوى في الوصول إلى المستقبلات العصبية تكون أكثر خطورة في حدوث الاعتماد، كما أن طرق التعاطي التي تسبب دخول كميات كبيرة من المادة إلى المخ ترتبط بمستويات عالية من استهلاك المادة مع زيادة التأثيرات السامة لها، فالشخص الذي يتعاطى الأمفيتامين عن طريق الحقن الوريدي يستهلك كميات كبيرة منه مع حدوث اضطراب عقلي عضوي نتيجة لتعاطي المادة بكمية أكبر ممن يتعاطاها عن طريق الفم أو الاستنشاق.

٢- مــدة تأثــير المادة: وتعتبر عاملاً مهماً أيضاً في تحديد ما إذا كان التعاطي ســيؤدي إلى الاعتماد أو الإسراف، وبصورة عامة فإن المواد قصيرة المفعول

(Short acting) (مثل الأمفيتامين والكوكايين وبعض الأدوية المضادة للقلق) أكثر استخداماً من المواد ذات المفعول المشابه، ولكن تأثيرها أطول (Long acting)، وتتميز المواد قصيرة المفعول بالاعتماد وسوء التعاطي.

٣- حدوث نوبات متكررة من التسمم.

٤- اضطراب الشخصية والوجدان في أغلب الحالات.

٥- يحدث لدى المدمنين المزمنين تقلب الوجدان مما ينتج عنه السلوك العنيف.

التشخيص الفارق:

١- التعاطي غير المرضي لمادة ذات مفعول نفسي، حيث يستعملها الشخص لتجديد النشاط أو لأغراض طبية.

٢- نوبات متكررة من التسمم بمادة منشطة نفسياً.

الأسباب:

أ- العوامل البيولوجية:

١- الوراثة: تعتبر الوراثة عاملاً أساسياً في زيادة الإدمان وانتشاره، فقد لوحظ أن معدل الإدمان يزداد في عائلات معينة، وأن مدمن الكحول مثلاً يزداد الإدمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الآباء غير المدمنين.

٢- وجود آلام جسمية مزمنة: مثل آلام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطاني.

٣- إدمان الأم أثناء الحمل: ينتقل إلى الطفل فيولّد لديه اعتماد فسيولوجي.

ب- العوامل النفسية:

١- وجود مرض نفسي كالاكتئاب والقلق، حيث يسعى المريض لعلاج نفسه دون استشارة طبيب نفسي.

٢- ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية المرتبطة بالميول الفمية.

٣- سيطرة (الهو) ومبدأ اللذة وضعف سيطرة الأنا الأعلى (الذات العليا).

٤- الإحباط وغياب الهدف، وخاصة لدى المراهقين، فيعتقد خاطئاً بأن هذه المواد تساعده على نسيان الهموم والمشاكل وإزالة ما يعانيه من القلق والتوتر والصراع الداخلي.

٥- مجاراة رفاق السوء.

٦- وجود أفكار خاطئة لدى بعض المتعاطين، مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات، بينما الحقيقة عكس ذلك؛ إذ إنها تقلل من إفراز هرمون الذكورة (التستوستيرون)، فتقل الطاقة الجنسية.

ج- العوامل الاجتماعية: اضطراب الجو الأسري وعدم استقراره بسبب وجود المشاكل الأسرية بما في ذلك التصدع الأسري وتفكك الروابط الأسرية والانفصال والطلاق بين الوالدين، أو إدمان أحد الوالدين، أو غياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة، أو بالإسراف في تدليل الطفل وتلبية جميع متطلباته، ويدخل في هذا النطاق الإسراف في إعطاء النقود للمراهقين ما يمكّنه من العبث بها دون متابعة أسرية أو إشراف تربوي.

١- نقص النشاط الاجتماعي للشباب وعدم وجود دور واضح لهم في المجتمع أو هدف واضح وضعف الشعور لديهم بالانتماء.

٢- كثرة البطالة الفعلية أو المقنعة التي يتعرض لها الشباب.

٣- سوء العملية التعليمية التي تركز على إدخال المعلومات العلمية فقط، إهمال الدور التربوي، وجعله يتقبل كل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير.

٤- اختلال القيم الثقافية والاجتماعية الذي أعقب الانفتاح والرغبة في تحقيق الربح السريع بمختلف الأساليب.

العلاج :

١- الوقاية: تعتبر الوقاية الطريق الأفضل لعلاج الإدمان، وتتحقق هذه الوقاية بتلافي الأسباب المؤدية إلى الإدمان السابقة الذكر، بالإضافة إلى التوعية بأخطار

المواد ذات المفعول النفسي (العصبية والنفسية والاجتماعية والأسرية والمادية). وتهدف هذه التوعية إلى أن تجعل الشخص يفكر مراراً قبل أن يقترب من هذه المواد، حيث تشير إلى أهمية الاعتقاد الداخلي (الامتناع) على مستوى الوجدان، ومن هنا تأتي أهمية القيم الدينية التي تسهم في تكوين السلطة الداخلية لدى الفرد، ويساعد ذلك في عدم حدوث التناقضات الداخلية مما يجعله يشعر بالاطمئنان النفسي، كما أن للقانون دوراً مهماً في تضييق نطاق الترويج لهذه المواد، بالإضافة إلى أهمية توفير المجتمع سبلاً لممارسة النشاطات والسلوكيات البديلة والمفيدة والمحققة لطموحات الشباب وتطلعاته نحو مستقبل أفضل.

٢- **العلاج**: يهدف علاج الإدمان إلى الحد من الأعراض المرضية والوفيات المترتبة على تعاطي المواد ذات المفعول النفسي إلى أن يتمكن المريض من أن يحيا حياة لا يعتمد فيها على تعاطي تلك المواد، وتشمل استراتيجية العلاج ما يلي:

علاج الأعراض الناتجة من الامتناع عن تعاطي المادة ذات المفعول النفسي (Detoxification)، ويتم بواسطة:

- التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال الكلوروبرومازين (Chloropromazine) والتنقيط الوريدي لدواء التريبتيزول لمدة أسبوع.

- يعطى المريض من (٤٠-٦٠) وحدة أنسولين يومياً صباحاً، لكي ينخفض معدل السكر في الدم، فيبدأ المريض بالتعرق وتتزايد سرعة النبض لديه فيطلق السكريات، وهذا يعمل على تحسين وزن المريض ونفسيته تبعاً لذلك.

- يحتاج المريض أحياناً إلى تخفيف أعراض الاكتئاب المصاحبة عن طريق إحداث نوبات تشنجية بواسطة الصدمة الكهربائية.

- يتم التوقف عن الأدوية المهدئة الصغرى، مثل الميروباميت ومجموعة البنزوديازبين بشكل تدريجي لكي لا يتعرض المريض لنوبات تشنجية، أما في حالات الهيروين فيستعمل الميثادون بجرعات متناقصة.

أمـــا فـــي علاج إدمان المنبهات والكوكايين والحشيش، فلا يلزم لأي من هذه الإجراءات؛ لأن الأعراض الجانبية تكون محددة ومدتها قصيرة.

- العلاج النفسي: حيث تتم معالجة المدمن علاجاً فردياً وجماعياً وأسرياً، ويتضمن هذا العـــلاج اســـتخدام العـــلاج النفسي المنفر خاصة في حالات إدمان الكحول، ويتم ذلك بواســـطة اســـتعمال دواء (الانتابيوز) (Antabusc) الذي يتداخل مع عمليات التمثيل الأيضـــي للكحول، فيعطي أعراضاً ناتجة عن التسمم بمادة الاسيتالدهايد عندما يتعاطى الكحول، فينفر منه المدمن ويتوقف عن الإدمان، وكذلك معالجة الأسباب التي أدت إلى اندفـــاع الشخص للإدمان علاجاً نفسياً واجتماعياً وتعزيز الثقة في نفسه وتقوية ذاته في مواجهـــة نـــزعة العـــودة إلـــى الإدمان مرة أخرى، وبشكل عام يحتاج معظم مرضى الإدمان إلى العلاج لمدة ثلاثة أشهر كحد أدنى من أجل تحقيق تحسن ملحوظ.

الفصل العاشر

اضطرابات الفصام

Schizophrenic Disorders

اضطرابات الفصام
(Schizophrenic Disorders)

الفصام هو مجموعة من الاضطرابات التي تختلف من حيث العوامل المسببة للاضطراب والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق في كونها متلازمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن حدوث خلل في التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، ويشمل هذا الخلل معظم الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص العادي الشعور بشخصيته الفردية وبالتميز واستقلاله الذاتي.

وقد يحدث اختلال خطير في السلوك خلال بعض مراحل الاضطراب يؤدي إلى حدوث آثار اجتماعية لا تحمد عقباها، وتصل أعراض هذا الاضطراب إلى درجة الذهان في بعض الأوقات خلال مسار المرض .

أو هو اضطراب العديد من وظائف الأنا، ينتج عنه عدم قدرة المريض على التمييز بدقةٍ وثباتٍ بين الواقع الداخلي والخارجي، مع فشله في المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجي.

ولقد بذلت محاولات عديدة لتحديد مفهوم الفصام، نذكر منها:

١- **محاولة كريبلين (Kraeplin)**: أكد كريبلين على مفهوم التدهور العقلي المصاحب للمرض مما دعاه إلى تسميته بالخرف المبكر (Dementia Precox)، وقـرر أن الأعراض (Symptoms) المميزة هي السلبية والانسحاب وأسلوبية الحركة وفقدان الإرادة والانتباه وضعف الحكم على الأمور، والتناقض بين الوجدان واضطراب التفكير وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أكد على أن هذا الاضطراب ليس ناتجاً عن تسمم أو هستيريا أو صرع أو هذيان أو ذهان الهوس والاكتئاب.

٢- **محاولة بلولر (Bleuler)**: رأى بلولر أن التدهور العقلي ليس مـن الصفـات

الهامة في مرض الفصام، وقام بتقسيم الأعراض المرضية في الفصام إلى أعراض أساسية (جوهرية) وهي اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان والذاتوية (Autism)، وثنائية المشاعر (Ambivalcnce)، بالإضافة إلى أعراض مصاحِبة وهي الهلاوس والضلالات، وهو أول من أطلق عليه اسم الفصام (Schizophrenia) ومعناه الانقسام العقلي، ويختلط هذا المعنى لدى عامة الناس مع حالة ازدواج الشخصية الذي يُطلَق عليه حالياً اضطراب تعدد الشخصية.

٣- **محاولة شنايدر (Schneider)**: وصف شنايدر عدداً من الأعراض سمّاها أعراض الدرجة الأولى (First-Rank Symptoms) ذات الأهمية في تشخيص الفصام، وتشمل:

- سماع المريض لأفكاره بصوت مرتفع.
- هلاوس سمعية تعلق على سلوك المريض.
- ضـــلالات التأثـــير جسمياً من قبل قوة خارجية، وأن هناك قوة خارجية تتحكم في تفكيره وتنشر أفكاره على الناس.
- ضلالات الخضوع لسيطرة قوى خارجية تتحكم بتصرفاته.

ومـــا زالت المحاولات مستمرة من أجل تحديد مفهوم دقيق لإضطراب الفصام وفي صورة التصانيف الحديثة للأمراض النفسية.

وفيما يلي وصف مفصل للأعراض المميزة للفصام:

أعراض الفصام:

يمكـــن رؤيـــة بعـــض أعـــراض الفصام في عدد من الاضطرابات العصبية والنفســـية، لذلك لا يمكن أن يشخص الطبيب حالةً ما على أنها فصام ما لم تتوفر جميع الأعراض المرضية الخاصة بالفصام.

كمـــا أن الأعـــراض تتغير من وقت إلى الآخر في المريض نفسه، ولا بد أن يـــأخذ الطبيـــب بنظر الاعتبار مستوى المريض التعليمي وذكائه وثقافته البيئية، فمثلاً يجب أن يلاحظ أن عدم قدرة المريض على التجريد يعكس مستوى تعليمه وذكـــائـــه،

وعموماً فإن أعراض الفصام تتلخص بما يلي:

١- نقص الأداء الوظيفي لدى المريض عن ذي قبل.

٢- وجود أعراض مميزة تشمل اضطراب العديد من الوظائف النفسية.

٣- وجود أعراض ذهانية خلال المرحلة النشطة للمرض.

٤- يشمل الفصام في بعض مراحله ضلالات أو هلاوس أو اضطرابات محددة ومميزة في شكل التفكير والوجدان.

١- نقص الأداء الوظيفي لدى المريض عن ذي قبل: يقل أداء الشخص لأعماله الوظيفية ويتدهور إنجازه لأعماله بصورة عامة، كما تتدهور علاقاته الاجتماعية واهتمامه بنفسه، وإذا بدأ الاضطراب في مرحلة الطفولة أو المراهقة يحدث فشل في الوصول إلى الإنجاز الاجتماعي المتوقع له.

٢- الأعراض المرضية المميزة لاضطراب العديد من الوظائف النفسية:

أ- **اضطراب التفكير:** يبرز هذا الاضطراب في صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة في التفكير وشكل التفكير.

- اضطراب محتوى التفكير: يشمل الضلالات المتعددة والمفرطة في الغرابة، وقد تكون ضلالات اضطهادية، أو ضلالات الإشارة، أو ضلالات العدمية أو العظمة، أو ضلالات الاعتقاد بأن هناك قوة خارجية تتحكم في أفعاله وتصرفاته (Delusions of Being Controlled).

- اضطراب القوة المتحكمة في التفكير: يتوهم المريض بأن هناك من يقوم بسحب أفكاره من رأسه (شخص أو قوة معلومة أو خفية)، أو يتوهم بأن هناك من يضع أفكاراً في رأسه ليست أفكاره ودون إرادة منه، أو أن هناك من يقوم بسلب أفكاره من رأسه وإذاعتها على الناس في وسائل الإعلام المختلفة.

-اضطراب شكل التفكير: يلاحظ فقدان روابط التفكير (ترابط الأفكار مع بعضها)، حيث ينتقل المريض من موضوع إلى موضوع آخر لا يرتبط معه ويختلف عنه

تماماً دون وعي منه بذلك، ثم يأخذ التفكير شكل عدم التناسق عند ازدياد فقدان الروابط، وقد يحدث فقدان في محتوى الكلام حيث يكون مناسباً في الكمية وقليلاً في المعلومات مما يجعله غامضاً، أو يتصف بالتكرارية أو الأسلوبية، وقد يوجد انسداد في مسار التفكير، وهذه الحالة أقل شيوعاً أو قد يتكلم بلغة جديدة.

ب- **اضطراب الإدراك:** يظهر بشكل هلاوس متنوعة أكثرها شيوعاً هي الهلاوس السمعية، وتكون الأصوات في هذه الهلاوس مألوفة لدى المريض، وغالباً ما تكون ألفاظها مهينة له، وقد يكون الصوت لشخص واحد أو لعدة أشخاص.

وقد تظهر الهلاوس الحسية (اللمسية) بصورة تنمل في الجسم أو بشكل إحساس كهربائي، أو قد تكون هلاوس حشوية (Somatic Hallucination) كالإحساس بوجود ثعابين داخل البطن، ونادراً ما تكون هناك هلاوس بصرية أو ذوقية أو شمية.

وينتبه الطبيب إلى أن وجود الهلاوس البصرية والذوقية والشمية وغياب الهلاوس السمعية دليل على وجود اضطراب عقلي عضوي. كما تظهر اضطرابات إدراكية أخرى تشمل إحساسات التغير الجسمي والتحسس الشديد للأصوات والروائح، و يلاحظ أيضاً وجود عجز في إدراك المكان والزمان وعجز في مفهوم الشكل والأرضية (Ground).

ج- **اضطراب الوجدان:** يظهر هذا الاضطراب لدى المرضى غالباً بفقدان الشعور (Apathy)، أو تناقص الوجدان، أو عدم التمايز (Indifference) الوجداني.

د- **الإحساس بالنفس:** هذا الإحساس يعطي الإنسان السوي إحساساً بالتفرد واتجاه النفس الخاص، ويسمى ذلك أحياناً بتلاشي حدود الأنا (Loss of Ego-Boundaries)، ويظهر ذلك في مرضى الفصام في صورة ارتباك هوية الشخص ومعنى وجوده في الحياة، أو في صورة بعض الضلالات خاصة تلك التي تحتوي التحكم بواسطة قوى خارجية.

هـ- الإرادة: تضطرب قدرة الشخص على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة، وهذا يسبب قصوراً في أدائه لعمله، فيصبح غير مهتم بعمله، وقد تصبح لديه ثنائية الإرادة مما يؤدي إلى توقف نشاطه الهادف الموجه ذاتياً.

و- البُعد عن الواقع: يمتاز الفصام بفقدان المريض قدرته على الاتصال بالواقع فيعجز عن التكيف اجتماعياً، وينسحب تدريجياً من جميع العلاقات الإنسانية، وتكون استجاباته للمواقف الاجتماعية غير ملائمة، فيصبح تفكيره غير واقعي ومتركز حول ذاته، وتزداد هذه الحالة تدريجياً حتى يبدو المريض وكأنه يعيش في عالم خاص به ومنفصل عاطفياً عن كل ما حوله، وتسمى هذه الحالة "الذاتوية"(Autism).

ز- السلوك: تقل حركة المريض ونشاطه المعتاد، وكذلك تفاعله مع البيئة من حوله، ويزداد ذلك لدرجة يبدو فيها المريض غير متيقظ وفاقد الإحساس بالبيئة من حوله (كما في حالة الذهول الكتاتوني)، أو قد يتصلب في وضع معين كما لو كان تمثالاً من الشمع، ويرفض المحاولات لتغيير هذا الوضع (كما في حالة التصلب الكتاتوني)، أو قد يصبح السلوك غير محكوم وغير هادف (كما في حالة الهياج الكتاتوني).

وقد يصاحب ذلك أعراض مرضية أخرى، مثل فقر التفكير السحري والسلوك المتكرر، والقلق أو الاكتئاب أو الغضب، أو اختلال الشعور بالآنية (Depersonalization)، أو اختلال إدراكه للبيئة من حوله (Derealization)، أو اضطرابات الذاكرة أو عدم إدراك البيئة (Disorientation).

ويلزم لتشخيص مرض الفصام أن تستمر هذه الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر، على أن تكون مشتملة على المرحلة النشطة من الأعراض الذهانية، وقد تشتمل على مرحلة منذرة (ممهدة) (Prodromal) أو مرحلة متبقية (Residual)، ولا يميز الفصام بين رجل وامرأة، ولكنه يصيب النساء في مرحلة متأخرة من العمر وهو أخف وطأة مما في الرجال، كما أن الشفاء منه في النساء يكون أيسر.

تتميز المرحلة المنذرة (الممهدة) للفصام بنقص مستوى الأداء الوظيفي

للمريض وقصور الأداء الاجتماعي وإهمال النظافة الشخصية والتبلد العاطفي، وغرابة السلوك والأفكار، وفقدان زمام المبادرة فيما يتعلق بالأنشطة اليومية والعمل، وهذا التغير الذي يطرأ على المريض يتم ملاحظته بواسطة الأهل والأصدقاء، ويتفاوت طول هذه المرحلة ويصعب تحديد بدايتها بدقة، وتكون حالة المريض سيئة خاصة عندما تكون المرحلة المنذرة غامضة البداية، والتدهور التدريجي على مدى سنوات عديدة.

وتتميز المرحلة النشطة بالأعراض الذهانية كالضلالات والهلاوس، وفقدان الترابط الفكري وعدم تناسق الأفكار، وفقدان محتوى الكلام والتفكير غير الواقعي واضطراب السلوك.

أما المرحلة المتبقية فتتبع عادة المرحلة النشطة من المرض، وتتميز بعدم الاكتراث لأي شيء،والانسحاب الاجتماعي،ونقص المبادرة والاهتمامات العملية،إلا أن الجمود العاطفي واضطراب الأداء الوظيفي أكثر شيوعاً في هذه المرحلة،وقد يبقى فيها بعض الأعراض الذهانية كالضلالات والهلاوس ولكن تأثيرها ليس قوياً.

يبدأ مرض الفصام عادة في سن المراهقة أو بداية الحياة الراشدة، ويبدأ بأعراض ممهدة غالباً تشتد تدريجياً، حيث تظهر الأعراض الأكثر ظهوراً، وهي الأعراض الذهانية (المرحلة النشطة في المرض)، ويكون ذلك خلال أيام قليلة إذا كانت البداية حادة، أو خلال أشهر قليلة إذا كانت البداية متدرجة، ويكون المرض بشكل نوبات اشتدادية متبادلة مع هدوء نسبياً مصحوباً بالاكتئاب بعد كل نوبة اشتدادية، ويستمر هذا التدهور في ازدياد لعدة سنوات (خمس سنوات في المتوسط) ثم يتوقف التدهور وتقل شدة الأعراض الموجبة (الشديدة) وتبقى الأعراض السالبة (مثل الجمود العاطفي والانسحاب الاجتماعي وقصور الأداء الوظيفي وضعف الإرادة)، وهذا يجعل حياة المريض بدون هدف، ويتكرر دخوله إلى المستشفى لاستمرار أخذ العلاج، ولكن من النادر أن يعود الشخص إلى سابق عهده من الأداء الوظيفي قبل المرض.

ويقسم المرض حسب مساره إلى:

١- أقـل مـن مزمـن(Sub-Chronic): تقل مدته عن سنتين (تكون شاملة لكل مراحل المرض الممهدة والنشطة والمتبقية).
٢- مزمن(Chronic): تكون مدته أكثر من سنتين.
٣- أقـل مـن مزمـن مصحوباً باشتدادات حادة: بحيث تعاود المريض الأعراض الذهانية من وقت لآخر في صورة حادة.
٤- مزمن مع نوبات من الاشتدادات.
٥- في هدأة: عندما تختفي كل أعراض الاضطراب سواء كان ذلك تلقائياً أو بتأثير العلاج.
٦- غير محدد.

وهناك بعض العوامل التي تنبئ بمصير حسن لمرض الفصام منها:

١- عدم وجود اضطراب في شخصية المريض قبل المرض.
٢- الإنجاز الوظيفي المناسب في فترة ما قبل المرض.
٣- وجـود عوامل مرسبة للمرض (مثل تعاطي مخدر، أو مرض جسمي أو فقدان أحد الأقارب بالموت).
٤- البداية المفاجئة للمرض.
٥- البداية في منتصف العمر (البداية المتأخرة للمرض).
٦- وجود أعراض وجدانية (خاصة التي ترتبط بالاكتئاب).
٧- وجود أعراض كتاتونية وبارانوية.
٨- عدم استمرارية المرض (تراجعه لفترات يتحسن فيها المريض).
٩- وجود تاريخ عائلي للإصابة باضطراب الوجدان.
١٠-وجود استقرار أسري وكون المريض متزوجاً.
١١-إذا كان المريض يلقى مساندة اجتماعية مناسبة.

أما إذا كانت هذه العوامل غير موجودة فإن ذلك ينبئ بمصير سيئ لمريض الفصام.

مضاعفات مرض الفصام:

١. الفشل الدراسي رغم تمتع المريض بدرجة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط.
٢. فشل المريض في عمله، أو ضعف مستوى أدائه، أو عدم قدرته على الاستمرار في نفس العمل.
٣. الإقامة في المستشفيات لفترات طويلة من حياته من أجل العلاج، فقد يصل متوسط بقائه إلى ١٣ سنة.
٤. ارتكاب بعض جرائم العنف المفرطة في الغرابة.
٥. قصر حياة الفصاميين، حيث يحاول عدد كبير من المصابين بالفصام الانتحار في مرحلة ما من مرضهم، أو بسبب سوء التغذية الذي تنشأ عنه الأمراض، وتبين دراسة أجريت في الآونة الأخيرة أن ما يقارب (٣٠%) من مرضى الفصام يحاولون الانتحار مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم، وهناك نحو (١٠%) من هؤلاء المرضى ينهون حياتهم فعلاً.

تشخيص الفصام:

يتم تشخيص الفصام من خلال:

١ – تاريخ المرض وفحص حالة المريض الحاضرة، ولا توجد فحوصات مختبرية في الوقت الحاضر تساعد على تشخيص اضطراب الفصام، ولقد بذلت محاولات عديدة لتحديد الأعراض المرضية التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص الفصام، وهذه الأعراض هي:

أ– وجود أعراض ذهانية في المرحلة النشطة، وتستمر لمدة أسبوع على الأقل (ما لم يتم علاجها بنجاح)، ومنها:

(يجب أن تشتمل حالة المريض على اثنتين من هذه الأعراض على الأقل).

– وجود ضلالات.

– وجود هلاوس واضحة تحدث أثناء النهار وتتكرر لعدة أيام،أو تتكــرر مــرات

عديدة في الأسبوع، ويستمر هذا التكرار لأسابيع، ولا يقتصر حدوثها في لحظات خاطفة وقليلة.

- وجود ضلالات التفكير (عدم تناسق الأفكار، أو فقدان الترابط بين الأفكار بشكل واضح).
- سلوك تصلبي.
- تبلد الوجدان أو (تناقضه) بشكل ملحوظ.

ب- وجود ضلالات مفرطة الغرابة (Bizarre) (لا تكون جزءاً من ثقافة المريض وغير مقبولة من مجتمعه).

ج- وجود هلاوس واضحة على أن لا يكون محتوى هذه الهلاوس له علاقة ظاهرة بالاكتئاب أو السرور المرضي، أو أن الهلاوس تكون في هيئة صوت مستمر يعلق على سلوك الشخص أو على أفكاره، أو يكون في هيئة صوتين أو أكثر يتحدثان معاً.

٢- مسار الاضطراب، حيث يقل إنجاز الشخص الوظيفي وينسحب من جميع العلاقات الإنسانية الاجتماعية، ويقل اهتمامه بنفسه (ويفشل في الإنجاز المتوقع منه اجتماعياً).

٣- يستبعد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية، وإذا وجدت أعراض متلازمة الهوس أو الاكتئاب خلال المرحلة النشطة من المرض، فإن مدتهما معاً يجب أن تكون قصيرة بالنسبة لمدة الاضطراب (شاملة المرحلة النشطة والمتبقية).

٤- يجب أن تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل، على أن تشمل مرحلة نشطة "لمدة أسبوع على الأقل إذا لم يتم علاجها بنجاح" وتكون أعراضها الذهانية مميزة للفصام.

٥- يجب أن لا يكون سبب الاضطراب عضوياً.

٦- إذا وجد أن المريض كان مصاباً باضطراب ذاتوي من قبل، فإن الفصام لا يضاف

كتشخيص إلا إذا كان مصحوباً بهلاوس أو ضلالات واضحة.

ويجب أن يكون التشخيص للفصام محدداً لنوعه أيضاً؛ إذ إن ذلك يساعد في التنبؤ بمصير المرض ومساره وطريقة علاجه، وأهم أنواع الفصام هي:

١-الفصام الكتاتوني (**Catatonic Schizophrenia**):

وهو الفصام الذي يتميز بأي من الأعراض الآتية:

أ-الذهول الكتاتوني: (Catatonic Stupor)، وهو نقص ملحوظ في تفاعل المريض مع البيئة، أو نقص ملحوظ في نشاط وحركة المريض التلقائية أو كلاهما.

ب- السلبية الكتاتونية: (هي المقاومة غير الهادفة التي يبديها المريض الفصامي لكل التعليمات أو لمحاولات تحريكه).

ج- التصلب الكتاتوني: هو محافظة المريض الفصامي على وضع متصلب ضد محاولات تحريكه.

د- الهياج الكتاتوني: (هو السلوك الحركي المضطرب الذي ليس لديه هدف ظاهري ولا يستثار بمثيرات خارجية).

هـ- الوضعية الكتاتونية: (هي اتخاذ المريض لأوضاع إرادية شاذة وغريبة الشكل وغير مناسبة).

٢- النوع غير المنتظم (**Disorganized Schizophrenia**):

هو الفصام الذي يتميز بالأعراض التالية:

أ- عدم تناسق الأفكار، أو فقدان الترابط الفكري أو السلوك الواضح الاختلال.

ب- تبلد الوجدان أو عدم تناسبه الواضح.

ج- لا تتفق أعراض هذا النوع من الفصام مع النوع الكتاتوني.

٣- النوع البارانويدي (الاضطهادي) (Paranoid Schizophrenia):

هو الفصام الذي يتميز بالأعراض التالية:

أ- انشغال تفكير المريض بواحدة أو أكثر من الضلالات المنتظمة، أو وجود هلاوس سمعية متكررة تصب كلها في موضوع واحد.

ب- لا يوجد أي من: عدم تناسق الأفكار أو فقدان ترابط الأفكار الواضح أو تبلد الوجدان أو عدم تناسبه الواضح أو السلوك الكتاتوني الواضح الاختلال.

٤- النوع غير المتميز (Undifferentiated Schizophrenia) :

وهو الفصام الذي يتميز بالأعراض التالية:

أ- وجود ضلالات أو هلاوس واضحة أو عدم تناسق الأفكار أو السلوك الواضح الاختلال.

ب- لا تتفق أعراضه مع أعراض الفصام البارانويدي أو الكتاتوني أو غير المنتظم.

٥- النوع المتبقي (Residual Schizophrenia):

هو الفصام الذي يتميز بالأعراض التالية:

أ- غياب كل من الضلالات الواضحة والهلاوس الواضحة وعدم تناسق الأفكار واختلال السلوك الواضح.

ب- وجود اثنين أو أكثر من الأعراض المتبقية التي تدل على استمرار الاضطراب منها:

- نقص مستوى الأداء الوظيفي للمريض عما كان عليه قبل ذلك.
- الانسحاب الاجتماعي الواضح أو العزلة التامة.
- السلوك المفرط الغرابة.
- إهمال المريض الشديد لنظافته الشخصية.
- تبلد الوجدان أو تناقضه بشكل ملحوظ.
- غرابة الأفكار التي تؤثر في سلوكه ولا تتناسب مع ثقافته وعادات مجتمعه.

- خبرات إدراكية غير سوية (مثل أخطاء التأويل).
- فقـدان زمـام المبادرة فيما يتعلق بالأنشطة اليومية والعمل، وعدم القدرة على تعاطي أنشطة ترفيهية وقت الفراغ.

التشخيص الفارق للفصام:

قبل أن يقوم الأخصائي بتشخيص الفصام واستبعاد الاضطرابات الأخرى التي لها أعراض مماثلة يجب أن يراعي ما يلي:

١- يجب أن يبحث جيداً عن سبب عضوي خاصة في وجود أعراض غير معهودة في حالات الفصام.

٢- فـي كل انتكاسة في المرض عليه أن يقوم بتقويم وتشخيص المرض من جديد مـع الأخـذ بنظر الاعتبار إمكانية حدوث مرض عضوي أُضيف إلى مرض الفصام الموجود أصلاً، خاصة إذا كان المريض قد سبق تحسنه لمدة طويلة أو تغيرت طبيعة الأعراض.

٣- يجـب دراسـة التاريخ العائلي للمريض والبحث عن وجود الأمراض العصبية والنفسية في أسرته.

الاضطرابات التي يجب تمييزها كتشخيص فارق للفصام:

١- **الاضطراب العقلي العضوي:** حيث يوجد أسباب عضوية ينتج عنها أعراض مرضية تشبه أعراض الفصام (مثل: تعاطي مادة كالأمفيتامين، أو الصرع النفسي الحركي، أو وجود مرض في الفص الجبهي للقشرة المخية، أو نقص فيتامين ب ١٢، أو التهاب المخ)، وقد سبق وصف أعراض هذه الاضطرابات.

٢- **ادعاء المريض بما يشبه أعراض الفصام:** يمكن إدعاء أعراض الفصام من قبل المريض؛ لأن التشخيص يعتمد على تقرير المريض، وبعض المرضى الذين يفعلون ذلك يكون لهم مكسب ثانوي عادةً.

٣- **الذاتوية الطفلية:** يشخص هذا الاضطـراب عندمـا يكـون ظهـور بدايـة

الاضطراب بعد عمر ثلاثين شهراً وقبل عمر اثني عشر عاماً، مع غياب كل من الضلالات والهلاوس والهذيان وفقدان الترابط الفكري.

٤- **اضطراب الوجدان:** قد يصعب التمييز بين اضطراب الوجدان والفصام، ولكنه مهم جداً، لأن اضطراب الوجدان قابِل للعلاج، وتعود صعوبة التمييز إلى أن أعراض اضطراب الوجدان (وخاصة الاكتئاب) تكون شائعة خلال كل مراحل الفصام ولكنها قصيرة المدة مقارَنة بالأعراض الأساسية للفصام، فمن الأفضل تأجيل التشخيص أو افتراض وجود اضطراب وجداني .

وكذلك فإن مريض الفصام يفشل في العودة إلى نفس مستوى الأداء الوظيفي والاجتماعي له بعد كل انتكاسة للمرض بخلاف اضطراب الوجدان.

٥- **الفصام الوجداني:** تشخص هذه الحالة عند وجود أعراض هوس أو اكتئاب مع أعراض الفصام الأساسية التي تكون مستمرة لمدة أسبوعين على الأقل مع غياب أعراض وجدانية واضحة في بعض مراحل المرض.

٦- **الاضطراب الضلالي:** ويشخص في حالة الضلالات شديدة الغرابة التي تستمر لمدة ستة أشهر مع غياب الأعراض الأخرى للفصام واضطراب الوجدان.

٧- **اضطراب الشخصية:** قد تشبه أعراض هذا الاضطراب بعض أعراض الفصام، ولكن ليس له بداية محددة مثل الفصام.

الأسباب:

لم تعرف الأسباب الحقيقية للفصام بعد، ولكن حظيت أسباب الفصام بكم هائل من الدراسات ولازالت حتى الآن، وكل ما تم إنجازه في هذا المجال لا يعدو كونه مجرد نظريات فقط اعتُبرت خطوات في طريق الوصول إلى المعرفة الحقيقية للأسباب، ومهما كانت هذه الخطوات متناثرة وبعضها ابتعد عن الهدف إلا أن الكثير منها اقترب من الهدف الأساسي وخاصة الجوانب البيولوجية، التي يعود لها الفضل فيما تم إنجازه من نجاح في علاج بعض أنواع الفصام .. وسوف نعرض موجزاً لأهم

هذه النظريات (أو العوامل) المسببة للفصام فيما يلي:

أ-العوامل الجينية (النظرية الجينية) (Genetic theory):

لوحظ أن معدل انتشار الفصام بين أفراد الأسرة الواحدة أكثر منه بين عامة الناس، كما لوحظ أن انتشاره بين التوائم المتماثلة يصل إلى(٤٠ــ٦٠%) وبين التوائم غير المتماثلة (١٠ــ١٢٠%)، وقد استخلص من هذا أهمية العامل الجيني في حدوث مرض الفصام، ولكن لم يعرف حتى الآن هل هو جين أحادي كما يحدث في مصابي نوبات الصرع الصغرى (Petit Mal Epilepsy)،أو متعدد الجينات (Polygenic Inheritancc)، كما يحدث في مرضى السكر، ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين التوائم المتماثلة يشير إلى أهمية العوامل غير الجينية أيضاً.

ب- **العوامل البيوكيميائية**: وهي من أكثر العوامل التي اهتمت بها الدراسات المتناولة لأسباب الفصام، وتقسم إلى:

١- **دور الناقلات العصبية**: لقد لوحظ من خلال الدراسات أن زيادة أو نقص ناقلات عصبية معينة أو تغيرها في المستقبلات قبل الشبكية أو بعدها، أو وجود أمينات داخلية مولدة للذهان يعطي أعراض الفصام.

أ- زيادة نشاط الدوبامين: إما لزيادة إنتاجه أو لتراكمه بسبب نقص الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، أو لزيادة نشاط ثانوي لنقص مثبطات الجابا (GABA)، أو لزيادة حساسية المستقبلات بعد الشبكية، أو لزيادة تخلق مستقبلات دوبامينية.

ب- زيادة نشاط النور أدرينالين: حيث يسبب حساسية تجاه المثيرات الداخلة إلى المخ مما يجعلها تبدو كأعراض ذهانية، حيث لوحظ أن بعض مرضى الذهان الحاد قد يتحسنون بتعاطي البروبرانولول (Propranolol) الذي يعمل على غلق مستقبلات البيتا الأدرينالية، كما لوحظ زيادة النور أدرينالين في منطقة الدماغ الأوسط، وزيادة مادة (٣- ميثوكسي ٤- هيدروكسي فينيل غليكول) التي تبقى

كمخلف أساسي من نواتج تمثيل النور أدرينالين خاصة في مرضى الفصام البارانوي، وقد استخلص من ذلك أن للنور أدرينالين دوراً ضمن مسببات الفصام.

ج- نقص عصبونات الجابا (GABA Neurons): وهي أساساً مثبطة خاصة في منطقة نواة (Accumbens) مع زيادة الدوبامين في نفس المنطقة، كما لوحظ أن الأدوية المضادة للذهان تزيد من نشاط الجابا وأن الديازيبان الذي يعتبر ذا مفعول محفز لنشاط الجابا له مفعول مضاد للذهان في بعض مرضى الفصام.ولكن بعض الباحثين رأى أن نقص الجابا يعتبر ثانوياً للدوبامين والنور أدرينالين.

د- نقـص السـيريتونين: حيث لوحظ أن الأدوية المضادة للذهان تتحد بمستقبلات السـيريتونين ويقل مولد السيريتونين (التريبتوفان) في حالات الفصام الحادة ويزداد مـع تحسـن الحالة المرضية، كما لوحظ أن تعاطي الأمفيتامين لمدة طويلة يسبب نقص السيريتونين مما يدل على أن نقص السيريتونين يلعب دوراً في الفصام.

هـ- زيـادة الفينيل أثيل أمين (Phenylethylaminc): وهو ليس ناقلاً عصبياً حقيقياً، ولكنه يشبه الأمفيتامين في تركيبه ومفعوله، حيث وجد زيادة معدله في الدم والـبول والسـائل المخـي الشـوكي، ولوحظ أعلى تركيز له في الجهاز الطرفي الحشـوي خاصة في حالات الفصام البارانوي المزمن، ولكنه وجد أنه يزداد أيضاً فـي مـرض الهـوس، مما يشير إلى أنه يسبب قابلية داخلية للذهان أكثر من كونه عاملاً مسبباً في مرض الفصام.

٢- **دور الأنـزيمات:** حيث لوحظ أن هناك علاقة بين بعض الأنزيمات والأعراض الذهانية، منها:

أ- الإنزيم المؤكسد للأمينات الأُحادية (M.A.O): يعد هذا الأنزيم الطريق الأساسي لهـدم الـناقلات العصبية (خاصة النورأدرينالين والدوبامين والسيريتونين)، ويسبب نقـص نشاط هذا الأنزيم زيادة الناقلات العصبية سواء كانت بزيادة نسبتها أو زيادة فاعليـتها، وحيث إن نشاط الأنزيم (M.A.O) في الصفائح الدموية نموذج لنشاطه

في المخ، فإن نقصه في الصفائح الدموية في مرضى الفصام اعتبر دليلاً على ارتباطه بمرض الفصام، كما لوحظ أن هناك ارتباطاً ما بين انخفاض نشاط الأنزيم في الصفائح الدموية والهلاوس السمعية والضلالات والفصام الاضطهادي بصفة خاصة، ولكنه لوحظ أيضاً في أمراض عقلية أخرى منها اضطراب ثنائي القطبية والكحولية.

ب- إنزيم الدوبامين بيتا هيدروكسيلاز: يساعد هذا الإنزيم في تحويل الدوبامين إلى نور أدرينالين في الخلايا النورأدرينالية، وتسبب العوامل التي تثبطه تراكماً للدوبامين الذي يعمل على زيادة الذهان في مرض الفصام والهوس.

وهناك العديد من الإنزيمات التي لا زالت قيد الدرس نذكر منها:

- إنزيم الكاتيكول أو مثيل ترانزفراز (Catechol-or-Methyl transverasc): لهذا الإنزيم دور مهم في تمثيل الكاتيكولامينات.

- إنزيم الكرياتين فوسفوكيناز (Creatine Phosphokinase): حيث وجد ازدياد معدله لدى مرضى الفصام ومرضى الذهان الوجداني المتوفين حديثاً.

٣- دور الأندروفين (Endorphins): هي مجموعة من الببتيدات "تشبه الأفيون" توجد طبيعياً في المخ، وقد وجد في بعض الدراسات أن الأندروفينات من نوع "جاما" لها نشاط يشبه الأدوية المضادة للذهان، وعولج بعض مرضى الفصام بها فأعطى بعض التحسن، إلا أن الأدلة على دور الأندروفينات في مرضى الفصام لا زالت غير كافية.

٤- دور البروستاغلاندين: وهي مجموعات الأحماض الدهنية الضرورية، ومن بينها بروستاغلاندين (E) الذي يعمل على تقليل إفراز الكاتيكولامين، وقد لوحظ أن الأدوية المضادة للذهان تقلل من إفراز البروستاغلاندين، بينما تزيد الكاتيكولامينات من إفرازه، ولكن مضادات البروستاغلاندين ليس لها تأثير على أعراض الفصام، كما لوحظ أن البروستاغلاندين (E) يثبط في حالة نقص الأحماض الدهنية

الضرورية خاصة حامض اللينوليك (Linolicc)، وقد تحسن بعض مرضى الفصام عند معالجتهم بزيت بذور الكتان التي تكون فيها نسبة أحماض اللينوليك واللينولينك عالية.

٥- دور **الغلوتين:** وهو مادة بروتينية توجد في دقيق القمح، وقد اعتبرت عاملاً مسبباً في مرض الفصام، حيث لوحظ أن حدوث الفصام قد ازداد بازدياد استهلاك القمح خلال الحرب العالمية الثانية، وزيادة معدل حدوث مرض السلياك (Celiac) بين مرضى الفصام، ولوحظ أيضاً زيادة معدل حدوث الذهان في مرضى السلياك.

وتحسنت بعض حالات مرضى الفصام الذين تم تغذيتهم بغذاء خالي من الغلوتين واللبن في دراسة منهجية، ولم تؤكد الدراسات الأخرى ذلك.

٦- دور **المناعة:** افترض بعض الباحثين أن الفصام هو أحد أمراض المناعة الذاتية (Autoimmunc)، حيث ينشأ عن وجود أجسام مضادة في دم الفصاميين، وكأن المستضد (Antigcn) هو أنسجة المخ، وينتج عن ذلك زيادة في نفاذية الجدار الخلوي أو تحطيم الخلية، أو وجود مستعمرات لدى الخلايا اللمفية شديدة الحساسية، كما لوحظ أن معدل الأجسام المضادة للدماغ بين الأصحاء يصل إلى (٣,٥%)، بينما يصل معدلها إلى (٢٠,٦%) بين أقارب الفصاميين من الدرجة الأولى.

٧- دور **الفيروسات:** افترض البعض أن مرض الفصام يحدث نتيجة لعدوى فيروسية بطيئة المفعول لدى أشخاص مهيئين جينياً، وبرهن على ذلك بوجود أجسام مضادة لفيروس وجد في الدماغ والسائل الشوكي المخي لدى بعض مرضى الفصام، كما أن التهاب المخ بفيروس الهربس (Hcrpes Simplex) يسبب متلازمة مرضية تشبه الفصام.

٨- دور **المهلوسات والمواد شاذة المثيل:** لوحظ أن السكالين وهو مادة محدثة

للهلاوس يشبه في تركيبه شكلاً مثيلياً من النورأدرينالين، وأدى هذا إلى افتراض وجود مواد شاذة المثيل تنتج داخلياً وتعتبر مواد مهلوسة داخلية، كما لوحظ أن إعطاء مادة مطلقة لمجموعة المثيل مثل (البيتان) (Betaine) يسبب تفاقم أعراض الفصام، ولكن تتبع هذه المركبات لم يؤكد الاختلاف في كمية هذه المركبات المثيلية بين الفصاميين والأشخاص الأصحاء.

ج-العوامل النيوروفسيولوجية: إن التشابه في أعراض بعض أمراض الدماغ البؤرية والفصام أوحى إلى افتراض أن الفصام هو مرض في الدماغ، وتأكد هذا من خلال وجود شذوذات في تخطيط الدماغ لدى مرضى الفصام أكثر مما لدى عامة الناس، وقد كشف تحليل موجات تخطيط الدماغ الكهربائي باستخدام الكمبيوتر عن وجود زيادة في موجات دلتا البطيئة وموجات بيتا السريعة مع نقص في موجات ألفا، ولوحظ أن هذا التغير يشبه ما يحدث للبالغين عند تعاطيهم دواء ال (L.S.D) المحدث للهلاوس، كما لوحظ أن هذا النوع من زيادة موجات البيتا ونقص موجات الألفا يحدث عند الإثارة الحسية، أو تنفيذ مهام عقلية في المجموعة الضابطة من الأصحاء، وهذا يشير إلى أن الفصاميين يكونون في حالة مزمنة من ازدياد اليقظة (Hypcrarousal)، التي قد تعني نقص ترشيح وتكامل المداخل الحسية.

وفي طريقة رسم خريطة لنشاط المخ الكهربائي (Brain Mapping)، حيث تظهر هذه الطريقة خرائط ملونة من تخطيط الدماغ مع بيانات الجهد الكهربائي المستثار كشف عن زيادة من نشاط دلتا على الجانبين خاصة في المناطق الجبهية، وزيادة نشاط بيتا خاصة في المنطقة الصدغية الجدارية اليسرى في مرضى الفصام بالمقارنة بالمجموعة الضابطة من الأصحاء، كما لوحظ أن مرضى الفصام الذين توجد لديهم زيادة من الموجات السريعة "بيتا" يكونون أفضل استجابة للأدوية المضادة للذهان من أولئك الذين تزداد لديهم الموجات البطيئة "دلتا" في تخطيط الدماغ لهم.

د-العوامل النيوروباثولوجية: كشفت الدراسات عن وجود ضمور في الدماغ يؤدي إلى

اتساع بطيناته خاصة البطين الثالث، ولوحظ بأن هناك ارتباطاً بين اتساع البطينات والأعراض المزمنة لمرضى الفصام والتي لا تستجيب للعلاج، وتكون بطينات الدماغ طبيعية في الحالات الحادة من الفصام وهي التي تتحسن بالعلاج.

وقد لوحظ وجود العديد من الشذوذات العصبية الطفيفة غير محددة الموضع في (٦٠-٧٠%) حالة من حالات مرضى الفصام ينتج عنها علامات عصبية دقيقة(مثل قصور في التعرف اللمسي والتحكم الحركي والاتزان والمشية أو الرعشة)، ووجدت علاقة بين هذه العلامات واضطراب التفكير، ومن بين الملاحظات النيوروباثولوجية اتساع أخاديد القشرة المخية، ويوحي هذا الاتساع بضمور القشرة المخية، وقد لوحظ في بعض مرضى صغار السن وفي مرحلة مبكرة في مسار المرض،وهذا يدل على أنه ليس بسبب التأثير الثانوي للأدوية التي أعطيت للمريض، ووجدت علاقة موجبة بين كل من اتساع البطينات وضمور القشرة المخية وبين العلامات العصبية الدقيقة،وضعف الشخصية قبل المرض والأعراض الفصامية السالبة، وتكون استجابة هؤلاء المرضى للأدوية المضادة للذهان قليلة جداً ومصيرهم عدم التحسن.

ولاحظت الدراسات المجهرية أيضاً زيادة التليف(Gliosis)في منطقتي الدماغ الأوسط وتحت المهاد في نسبة تصل إلى (٧٠%) من الفصاميين المزمنين الذين تبرز لديهم الأعراض السالبة للفصام،(يحدث التليف عادةً كاستجابة لتلف عصبوني)، ويحدث بكثرة في المناطق القاعدية الجبهية من الدماغ،وهي متفقة مع وجود اتساع البطينات لدى نسبة معينة من مرضى الفصام.

ويؤكد التلف العصبوني الرأي القائل بأن بعض أنواع الفصام ناتج عن عدوى فيروسية، وهذا يؤكد مفهوم أن بعض أنواع الفصام يعتبر مرضاً في الدماغ خاصة تلك التي لها أعراض سالبة واستجابة ضئيلة للعلاج ومصيره عدم التحسن.

هـ- العوامل النفسية:

١- **نقص ترشيح المثيرات الحسية:** يصف بعض الفصاميين خبرة ذاتية من تغير الإدراك، حيث إنهم يواجهون بفيض من المثيرات في حالات الاضطراب

الحادة تسبب تشتتهم، ويفسر الانسحاب والتصلب الكتاتوني على أنه محاولات لتقليل فيض تلك المثيرات كما تفسر الضلالات على أنها إعادة لتنظيم هذه المثيرات المضللة التي لا يمكن فهمها على ضوء العلاقة بالواقع، ومن ثم استنتج أنه لدى الفصاميين نقص في ترشيح المثيرات الحسية أو اختلال وظيفة المداخل الحسية، مما يسبب حملاً زائداً من المثيرات ينشأ عنه زيادة اليقظة.

٢- **ضعف الأنا "الذات الوسطى" (Ego):** يكون هذا الضعف إما فطرياً أو مكتسباً؛ وذلك نتيجة لنقص الأمومة، وينشأ عنه نقص في التمييز بين النفس والموضوع ونقص توافق الوظائف النفسية وتكاملها، وبدائية الدفاعات مما يؤدي إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط والابتعاد عن عالم الحقيقة.

٣- **اضطراب علاقة المريض بالآخرين:** يعود هذا الاضطراب إلى المراحل الأولى لنمو الطفل، حيث يشعر بانعدام الثقة بالآخرين والحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم، وهذا الأمر يجعله منعزلاً يميل للانسحاب والذاتوية كإحدى الحيل للمحافظة على أمانه الداخلي واعتباره لذاته وتجنبه القلق، وهذا يفصله عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له فيزداد إحباطه أكثر ويتهدد اعتباره لذاته أكثر.

٤- **الصراع:** أكد (فرويد) و (فينخل) على تشابه الذهان والعصاب في وجود صراع لاشعوري لدى المريض الفصامي، ولكن فيه انهيار الدفاعات في مواجهة النزعات، وينكص الفصامي إلى مراحل مبكرة من النمو النفسي.

٥- **اختلال العلاقة الباكرة بالموضوع:** تعتبر الشهور الأولى من حياة الطفل وما ينشأ من خلالها من مشاعر موجبة أو سالبة تجاه النفس أو الآخرين هي أساس الموقف البارانوي الفصامي وتكوين دفاعات مرضية تبقى مع الشخص إلى الحياة البالغة (حسب رأي ميلاني كلاين)، أما (فيربيرن) فيرى أن انشقاقات الأنا التي تتداخل مع وظائفه التكيفية وتكامله واختباره للواقع ومع العلاقات

غير الناضجة للموضوع تمنع الانتقال من الاعتمادية الفموية إلى الاعتمادية الناضجة المبنية على التمييز بين النفس والآخر، بينما أكد (وينيكوت) بأن الأنا المنفصل إذا تكامل فإنه يتبلور في إحساس ثابت بالنفس، فالأم الطيبة تنمي نفساً حقيقية، بينما الأم غير الطيبة تنمي نفساً زائفة تتحطم في الذهان.

و-العوامل البيئية: تركزت الدراسات على التفاعل الأسري وعلاقة الوالدين بالطفل، كما يلي:

١- وجود رابطة مزدوجة في تعامل الوالدين مع الأطفال، كأن يصدر أحد الوالدين أمراً للطفل ويقصد به العكس فيصل الأمران العكسيان معاً (افعل ولا تفعل) إلى إدراك الطفل مما يسبب إرباكه، خاصة إذا عوقب على أي منها (إن فعل أو لم يفعل)، وهذا يعكس عدم وضوح التفكير المنقول إليه من العالم الخارجي، وقد وضع (باترسون) هذه النظرية في عام (١٩٥٦).

٢- تسلط أحد الوالدين وضعف شخصية الآخر وانعزاله ينشأ عن هذا الأمر تشوه في هوية الطفل مما يهيئه لمرض الفصام، وهذه نظرية(ليدز) التي وضعها عام (١٩٦٥).

٢- التهيؤ الوراثي مع التفكير المختل في عائلات الفصاميين حيث يلعبان معاً دوراً مشتركاً في إحداث الفصام، حيث لوحظ أن اضطراب التفكير يحدث لدى (٤٥ %) من آباء الفصاميين بالمقارنة بنسبة (١٩%) في آباء غير الفصاميين، وقد وضع هذه النظرية (واين وسنجر).

٤- التعرض لشد عصبي: فإدراك الشخص لموقف مثير واستشعاره الخطر المصاحَب بزيادة في إفراز الأدرينالين يحدث خطأً بيوكيميائياً ينتج عنه مواد سامة مولدة للذهان، مما يزيد من شعور المريض بالتوتر وما يتبعه من استشعار الخطر فزيادة الخطأ البايوكيميائي، ويبقى الفصامي في دائرة مفرغة من التوتر والمرض.

العلاج:

من الأهمية بمكان أن يكون تركيز الأسرة والمجتمع بل وحتى الشخص نفسه على سُبل الوقاية من الإصابة بهذه الاضطرابات، وذلك من أجل حماية الفرد من الإصابة بأي من الأضرار العقلية؛ لأن العلاج وإن كان ممكناً في بعض الحالات إلا أنه أمر صعب؛ نظراً لأن مرض الفصام يعد في نسبة كبيرة منه مرضاً مزمناً حيث يمثل (٥٠-٧٠%) من حالات المرضى الذين تطول إقامتهم في المستشفيات العقلية، ويستغرق العلاج وقتاً طويلاً، وغالباً لا يعود الشخص إلى سابق عهده من الإنجاز والأداء الوظيفي، وسنتطرق هنا إلى بعض الطرق المتبعة في معالجة الفصام:

١- **المعالجة الوقائية**: وذلك من خلال تقليل زواج مريض الفصام قدر الإمكان، وإذا تزوج فيجب أن لا يكون من مريضة فصامية، وأن لا ينجب أكثر من طفل واحد؛ لأن التهيئة الوراثية للمرض تنتقل إلى الأبناء بنسبة (١٥-٤٠%) كما ينصح بعدم الزواج من الأقارب.

٢- **معالجة الحالات المرضية**: يتطلب الاضطراب الذي يصيب العديد من الوظائف النفسية في مرض الفصام إلى عدة تداخلات علاجية تعمل معاً من أجل شفاء المريض أو التقليل من أعراض هذا الاضطراب، وهذه التداخلات هي:

أ- **المعالجة الكيميائية**: وتشمل:

- العلاج بالأدوية المضادة للذهان (Antipsychotics): وهي مجموعة المهدئات العظمى.

- غيبوبة الأنسولين (Insulin Coma): حيث يتم إعطاء المريض جرعة من الأنسولين عن طريق حقنها بالعضلة صباحاً، ثم تزاد هذه الجرعة حتى يصل المريض إلى مرحلة الغيبوبة (تحت الإشراف الطبي)، ثم تقطع هذه الغيبوبة بعد نصف ساعة بإعطائه محلول الكلوكوز بواسطة أنبوبة تصل إلى المعدة، وإذا لم يفق يعطى (٤٠-٨٠ سم٣) من محلول الكلوكوز بتركيز (٣٣%) عن طريق

الحقـن الوريـدي، ويعطـى عند إفاقته وجبة إفطار خفيفة، ويكرر هذا النوع من المعالجـة خمس مرات أسبوعياً، ولهذه الطريقة مضاعفات منها (استمرار الغيبوبة ممـا يؤدي إلى الوفاة أو تلف الدماغ أو حدوث تشنجات أثناء الغيبوبة)، وقد توقف اسـتخدام هـذه الطريقة من المعالجة في معظم الدول الأوروبية بسبب التقدم الذي تحقق عن طريق الأدوية المضادة للذهان.

ب- المعالجـة الكهربائـية المحدثـة للتشـنجات: تستخدم هذه الطريقة في بداية الفصام أو في الحالات الحادة أو الحالات المصاحبة بأعراض كتاتونية أو المريض الخـامل المتـبلد، أو في حالات الفصام المصاحبة بأعراض اضطراب وجداني، وأحـياناً يكـون استخدامها من أجل تقليل جرعة الأدوية المضادة للذهان اللازمة للسيطرة على الأعراض الذهانية.

ج- المعالجة النفسية: وتتم هذه المعالجة عن طريق:

- المعالجة الفردية: التي تهدف إلى مساعدة المريض على التكيف والتعايش مع حالته المرضية وحالته الواقعية من خلال محاولة تكوين علاقة علاجية يحاول فيها المعـالج التقليل من قلق المريض ومساعدته على التخلص من ضلالاته والتعامل مع الحياة الواقعية من حوله والمشاكل اليومية، وتعتبر العلاقة العلاجية النفسية هي المدخل لكل الطرق العلاجية المختلفة سواء كانت جسمية أو اجتماعية أو نفسية.

- المعالجـة الجماعـية: التي تتم من خلال وضع المريض ضمن مجموعة من المرضـى مع وجود المعالج، وهذا النوع من المعالجة ينمي المهارات الاجتماعية للمـريض ويسـاعده علـى الـتفاعل مع الآخرين مع إعطاء الإسناد النفسي من المجموعة للمريض ويأخذ صورة ممارسة أنشطة جماعية.

بالإضافة إلى تهيئة الجو العلاجي للمريض حيث يوضع المريض في جو علاجـي مُعـدّ مسبقاً بواسطة فريق العلاج، ويقوم هذا الفريق بمساعدة المريض

على ضبط نزعاته وتقليل القلق والإثارة البيئية، ومساعدته في رعاية نفسه والعناية بنظافته الشخصية، كما يقوم بتشجيع المريض على الاندماج في المجموعة والتفاعل مع المرضى الآخرين مع السماح ببعض الخصوصيات للمريض.

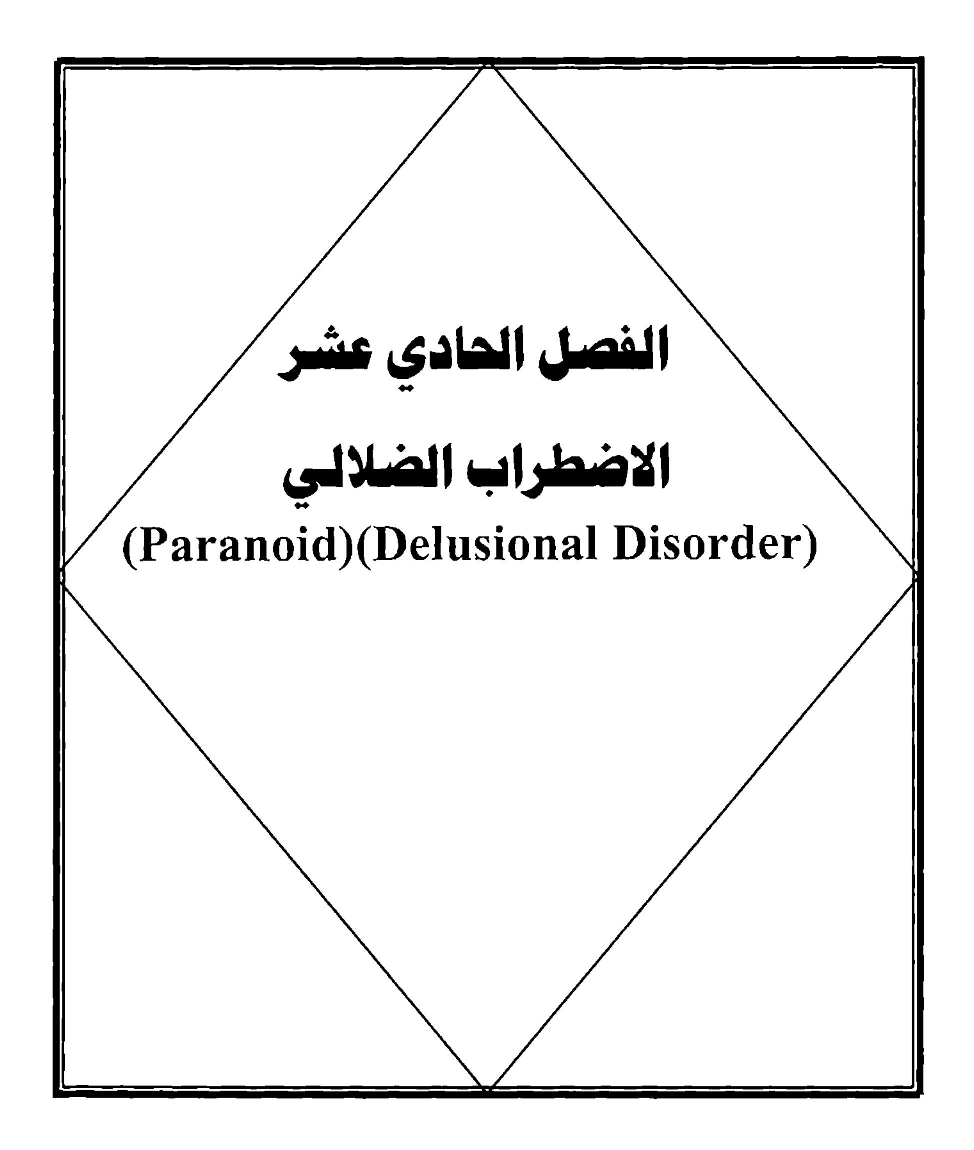
- المعالجة الاجتماعية (العلاج الأسري): يفضل علاج المريض مع أسرته من خلال ترابطه بالواقع وعدم عزلته عن حياته العادية، وخاصة إذا كان جو الأسرة الانفعالي مناسباً وضغوطها النفسية قليلة، ويتم ذلك من خلال شرح حالة المريض للأسرة ومساعدتهم على تقبل مشاكله وتوجيههم بإجراء بعض التغيير في سلوكيات الأسرة من أجل تجنب أو تقليل انتكاس حالة المريض، إذ إن العداء وكثرة الانتقاد الموجه للمريض أو الانغماس معه بأعراضه الذهانية يزيد من معدل انتكاس مرضى الفصام، أما إذا رفض المريض العلاج ولم تتمكن الأسرة من تنفيذ البرنامج العلاجي للمريض فمن الأفضل أن يتم إدخاله إلى المستشفى من أجل متابعة حالة المريض النفسية والاجتماعية والصحية، وإبعاده عن الضغوطات الأسرية أو البيئية التي قد تعمل على تدهور حالته المرضية، بالإضافة إلى حماية المحيطين به من نزعاته العدوانية التي لا تتمكن الأسرة من ضبطها خارج المستشفى.

- المعالجة العملية: من الأفضل أن يستمر المريض بعمله قدر الإمكان أو إيجاد عمل مناسب له إذا لم يعد قادراً على الاستمرار بوظيفته السابقة، ويفضل أن يتم ذلك بعد إخراجه من المستشفى ثم إلحاقه بعمل مناسب له.

استمرارية العلاج:

يستمر العلاج في حالة تحسن مريض الفصام، حيث تقلل الجرعة إلى النصف أو الثلثين من مقدار الجرعة التي تعاطاها في المرحلة النشطة، ويجب أن يستمر علاج

الفصامي بعد مضي عام من تحسنه وخروجه من المستشفى، وتستمر متابعته وتقويمه في نهاية هذه المدة لتقليل الجرعة أو لإيقاف الأدوية الموصوفة له، ويفضل أن يتم ذلك بالأدوية المضادة للذهان طويلة المفعول التي تعطى عن طريق الحقن العضلي.



الفصل الحادي عشر

الاضطراب الضلالي

(Paranoid)(Delusional Disorder)

الاضطراب الضلالي
(Paranoid)(Delusional Disorder)

وهو اضطراب تسود فيه الضلالات أو الضلالات المنتظمة دون وجود سبب عضوي، ودون وجود أعراض لاضطراب الوجدان أو الفصام، ويكون الوجدان مهيئاً لاستقبال محتوى الضلالات مع بقاء شخصية المريض متماسكة إلى حد كبير، ويكون اختباره للواقع سليماً نسبياً.

وقد أطلق على هذا الاضطراب أسماء عديدة منها (أحادي العرض) (Monomania) و(بارانوية) (Paranoia) و(بارفرينيا) (Paraphrenia)، وفي عام (١٩٨٧) صنفه الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث ــ المراجع (DSMIII-R.) تحت اسم الاضطرابات الضلالية، وأشار بذلك إلى أن محتوى الضلالات غير محصور في الشعور بالاضطهاد وأن الاضطهاد ليس ضرورياً لتشخيص هذا الاضطراب.

يبدأ الاضطراب الضلالي عادة في متوسط العمر (٤٠-٥٥) سنة، وقد يبدأ قبل أو بعد ذلك، وهو أكثر شيوعاً بين الإناث وبين أقارب المريض من الدرجة الأولى، ويتفاوت مساره من حالة لأخرى فيصبح أحياناً مزمناً (خاصة النوع الاضطهادي)، وأحياناً يمر بفترات من الهدوء تتبعها فترات أخرى من الاشتداد، وفي بعض الحالات يبقى الاضطراب لأشهر قليلة ثم يختفي دون حدوث انتكاس واضح، وفي حالات نادرة يسبب الاضطراب الضلالي إعاقة في الأداء الوظيفي للشخص، إذ إن ذكاء الشخص وقدرته الوظيفية لا تتأثر حتىعندما يصبح الاضطراب مزمناً، وما يتأثر غالباً هو علاقات الشخص الاجتماعية والعائلية.

الأعراض:

١- وجود ضلالات غير مفرطة في الغرابة ولا ترجع إلى مرض عقلي آخر (مثل الفصام أو اضطراب الوجدان).

٢- عدم وجود سبب عضوي يؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب.

٣- تكـــون موضـــوعات الضـــلالات عـــادة هـــي الحب أو العظمة أو الغيرة أو الاضطهاد أو ذات محتوى جسمي تبعاً للموضوع الضلالي البارز.

أنواع الاضطراب الضلالي:

يعتمد نوع الاضطراب على موضوع الضلالي البارز، وعلى ذلك فإن أنواع الاضطراب الضلالي هي:

١-**الحب الضلالي (Erotomanic)**: حيث يعتقد الشخص (ضلالاً) بأنه محبوب من قبل شخص آخر حباً رومانسياً لدرجة الالتحام الروحي، ويكون هذا الآخر عادة من طبقة عالية أو شخصاً مشهوراً أو رئيساً في العمل، وقد يكون غريباً عن الشخص صاحب الضلال تماماً، وقد يبذل المصاب بهذا النوع من الاضطراب جهوداً كبيرة محاولاً فيها الاتصال بهذا الآخر من خلال الهاتف أو الخطابات أو عن طريق الهدايا أو الزيارات أو الملاحقات المستمرة أو اعتراض طريقه، ورغم هذه الجهود فإنه يحفظ ضلالاته سرية ولا يبوح بها، وقد يقع تحت طائلة القانون بسبب محاولات حمقاء يبذلها المضطرب بإنقاذ الشخص موضوع الضلال من خطر وهمي.

٢-**العظمة الضلالية (Grandiose)**: يعتقد الشخص بأنه شخصية عظيمة، ولكنه غير معروف، أو أنه عالم كبير توصل إلى اكتشافات هامة، وقد يتقدم أحياناً لهيئات حكومية من أجل أن يسجل هذه الاكتشافات الوهمية، أو قد يعتقد بأنه على علاقة حميمة بشخصية بارزة، وقد تحمل ضلالات العظمة أفكاراً عقائدية يسيطر بها الشخص على مجموعات من الناس، وقد يصبح قائداً لها.

٣-**الغيرة الضلالية (Jealous)**: ويكون الشخص المضطرب في هذا النوع من الضلال مقتنعاً تماماً ـــ وبدون وجود سبب ـــ بأن زوجته أو حبيبته تخونه، ويقوم بجمع أدلة وهمية ضعيفة ليؤكد هذه الخيانة ويقوي من ضلالاته بهذه الأدلة، وغالباً ما يقدم تحت سيطرة هذه الضلالات على خطوات غير عادية، فقد يقوم بمواجهة زوجته بذلك أو قد يتبعها ســراً أو يمنعهـا مــن الخــروج

بمفردها أو يحبسها في المنزل، وكثيراً ما يعتدي عليها بالضرب.

٤-الاضطهاد الضلالي (Persecutory): وهو أكثر أنواع الاضطراب الضلالي شيوعاً، وقد تكون ضلالات بسيطة أو معقدة تشمل عادة موضوعاً واحداً أو مجموعة من الموضوعات مرتبطة ببعضها، كأن يعتقد بأن هناك من يحيكون مؤامرات ضده، أو أن هناك من يحتال أو يتجسس عليه أو يتبعه أو يحاول أن يدس له سماً، أو أن هناك من يحقد عليه ويعترضه في تحقيق أهدافه، وفي بعضا لحالات تكون بؤرة الضلالة هي العدل أو الحق الذي يتطلب موقفاً قضائياً، ويطلق على هذا النوع البارانوي كثير التشكي (Querulous Paranoia)، وغالباً ما يندمج هؤلاء الأشخاص بمجالات متكررة من أجل الحصول على إشباع هذه الضلالات من خلال تقديم الشكاوى أمام المحاكم والهيئات الحكومية الأخرى، ويتميز معظم أصحاب الضلالات الاضطهادية بالعدوانية وسرعة الغضب واللجوء للعنف ضد من يعتقدون أنهم يحاولون إيذاءهم.

٥-الضلالية الجسمية (Somatic type): تحدث الضلالات الجسمية بأشكال مختلفة أكثرها شيوعاً اقتناع الشخص ـ خطأً ـ بأنه تخرج رائحة كريهة من فمه أو جلده، أو أنه يعاني من عدوى طفيلية داخلية أو أن جزءاً من جسمه قبيح الشكل أو أن جزءاً من جسمه لا يعمل، ومرضى هذا النوع من الضلالات عادة يذهبون إلى الأطباء العضويين للعلاج أو لجراح التجميل من أجل تصحيح الجزء الذي يعتقد أنه قبيح فيرسله الجراح إلى الطبيب النفسي.

أسباب الاضطراب الضلالي:

لا تعرف العوامل المسببة للاضطراب الضلالي حتى الآن، وهناك رأي يقول بأنها أحد أنواع الفصام أو اضطراب الوجدان الفرعية، ولكن الدراسات أشارت إلى أن الاضطراب الضلالي هو اضطراب مستقل عنه.

لقد لوحظ بأن حدوث الفصام واضطراب الوجدان لا يزداد معدله في عائلات

مرضى الاضطراب الضلالي، ولم يلاحظ زيادة حدوث الاضطراب الضلالي في عائلات مرضى الفصام، كما أن هذا الاضطراب لا يتحول إلى الفصام أو اضطراب الوجدان إلا في حالات نادرة، وتكون بداية الإصابة به في سن متأخرة عما هي في الفصام واضطراب الوجدان، وكل هذا يرجح أن الاضطراب الضلالي ليس أحد أنواع الفصام أو اضطراب الوجدان.

وهناك دراسات بيولوجية تحاول ربط ما يحدث في هذا الاضطراب من ضلالات مركبة وما يحدث في بعض حالات الأمراض العصبية (خاصة التي تشمل الجهاز الطرفي والنوى القاعدية)، ولكن للتفسيرات النفسية الدينامية إسهام أكثر في أسباب هذا الاضطراب، حيث لوحظ بأن لدى هؤلاء الأشخاص حساسية مفرطة مع شعور بعدم الأمان، ولوحظ أن الأنا (Ego) يتخذ حيلاً دفاعية هي التكوين العكسي والإسقاط والإنكار، وبالرغم من عدم وجود أدلة بحثية تقرر العلاقة السببية بين عوامل دينامية محددة وحدوث أعراض الاضطرابات الضلالية، إلا أن الخبرة الطبية تشير إلى أن المرضى يتحسنون بالعلاج النفسي.

ولقد اعتبر (فرويد) تكون الضلال الاضطهادي وسيلة دفاعية ضد الميول الجنسية المثلية باستخدام حيل الإنكار والإسقاط الدفاعية.

ويذكر أحد الباحثين أن هناك ظروفاً تسهم في حدوث الاضطراب الضلالي هي:

١- زيادة توقع المريض المعاملة القاسية من الآخرين.

٢- عزلة المريض الاجتماعية.

٣- حدوث مواقف تزيد من عدم الثقة والشك.

٤- حدوث مواقف تزيد من إحساس الحسد والغيرة لديه.

٥- حدوث مواقف تقلل من اعتبارات الذات.

٦- حدوث مواقف تبرز للشخص تقصيره بالنسبة للآخرين.

٧- حدوث مواقف تزيد قابلية المريض على إعادة التفكير مراراً حـول المعاني

المحتملة والدوافع.

إن تآلف أي من هذه المواقف يسبب إحباطاً للشخص لا يستطيع احتماله، فيصيبه القلق وينسحب ثم يبدأ بالاعتقاد بوجود خطأ ما،ويبحث له عن تفسير،فتتكون لديه الضلالات التي تقدم الحل، وظهور الضلالات (التي تكون مشتملة على أشخاص وهميين ودوافع وهمية) ينتج عنه تكون ما يسمى بالمجتمع الزائف (Pseudocommunity)، كما أن للجو العائلي العدائي المستمر دوراً كبيراً في توليد نقص الثقة في استقرار العلاقات لدى بعض الأشخاص المهيئين للإصابة بالاضطراب البارانوي، وغالباً ما تكون الأم مسيطرة والأب متباعد أو غائب أو سادي، حيث يستخدم التكوين العكسي كدفاع ضد العدوان والحاجة للاعتمادية ومشاعر العطف فتتحول الحاجة إلى الاعتمادية إلى استقلال مبالغ فيه، وتستخدم الأفكار لتجنب الوعي في الواقع المؤلم، ويسقط رفضه وغضبه على الآخرين، والإسقاط هنا يتم بحماية الشخص من التعرف على النزعات غير المقبولة في نفسه.

فالشعور بالإذلال يتحول إلى ضلالات العظمة بواسطة التكوين العكسي والإسقاط، وتستبدل مشاعر الرفض بضلالات الحب (أو إسقاط للحب النرجسي المستخدم كدفاع ضد نقص اعتبار الذات وجرح الأحاسيس)، أما الضلالات الجسمية فتفسر كنكوص إلى النرجسية الطفلية، حيث يسحب المريض ارتباطه العاطفي بالآخرين ويركزه على جسمه بشكل ضلالات.

التشخيص:

تشخص حالة المريض على أنها اضطراب ضلالي في حالة حدوث ضلالات غير مفرطة الغرابة، وتستمر هذه الضلالات لمدة شهر على الأقل، وإن وجدت معها الهلاوس فإنها تكون غير بارزة (مثل التي تحدث في مرض الفصام)، ويكون سلوك المريض أو تصرفاته ليست غريبة ما عدا السلوكيات المصاحبة للضلالات، وإذا صاحبها اضطراب الوجدان فإن مدته تكون قصيرة مقارنة بمدة الاضطراب الضلالي، ولا تنطبق مواصفات هذه الحالة على الفصام وليس هناك سبب عضوي لها.

التشخيص الفارق:

هناك حالات تتشابه أعراضها مع أعراض الاضطراب الضلالي، منها:

١- **الاضطراب العقلي العضوي** خاصة المراحل الأولى للخرف، والاضطراب الضلالي العضوي (مثل الاضطراب الناشئ عن تعاطي الأمفيتامين أو وجود ورم في المخ)، قد تتشابه أعراضهما مع أعراض الاضطراب الضلالي، ولكن يميز بينها وجود السبب العضوي.

٢- **الفصام (النوع الاضطهادي)**: أو الاضطراب فصامي الشكل يتميز عن الاضطراب الضلالي بوجود هلاوس واضحة أو ضلالات مفرطة الغرابة مع قصور في أداء المريض الوظيفي والاجتماعي.

٣- **اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية**: حيث تكون الضلالات أيضاً غير مفرطة الغرابة ولا تصاحبها هلاوس واضحة، ويعتمد التمييز هنا على العلاقة الأساسية بين اضطراب الوجدان والضلالات؛ إذ إن بدء اضطراب الوجدان يسبب ظهور الأعراض الذهانية ويبقى موجوداً بعد تحسنها، ويكون اضطراب الوجدان شديداً (في حالة اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية)، أما في حالة الاضطراب الضلالي فإن أعراض اضطراب الوجدان ـ إن وجد ـ تكون أخف حدة وأقصر مدة مقارنة بمدة الاضطراب الضلالي.

٤- **اضطراب توهم اختلال شكل الجسم (Body Dysmorphic Disorder)**: وهو انشغال المريض بتخيل وجود قصور في مظهر جسمه أو في عضو منه، ولكنه يتميز عن الضلالية الجسمية في أن توهمه ليس في درجة الضلال، حيث يمكن إقناعه بأن انشغاله وتوهمه ليس له مبرر .

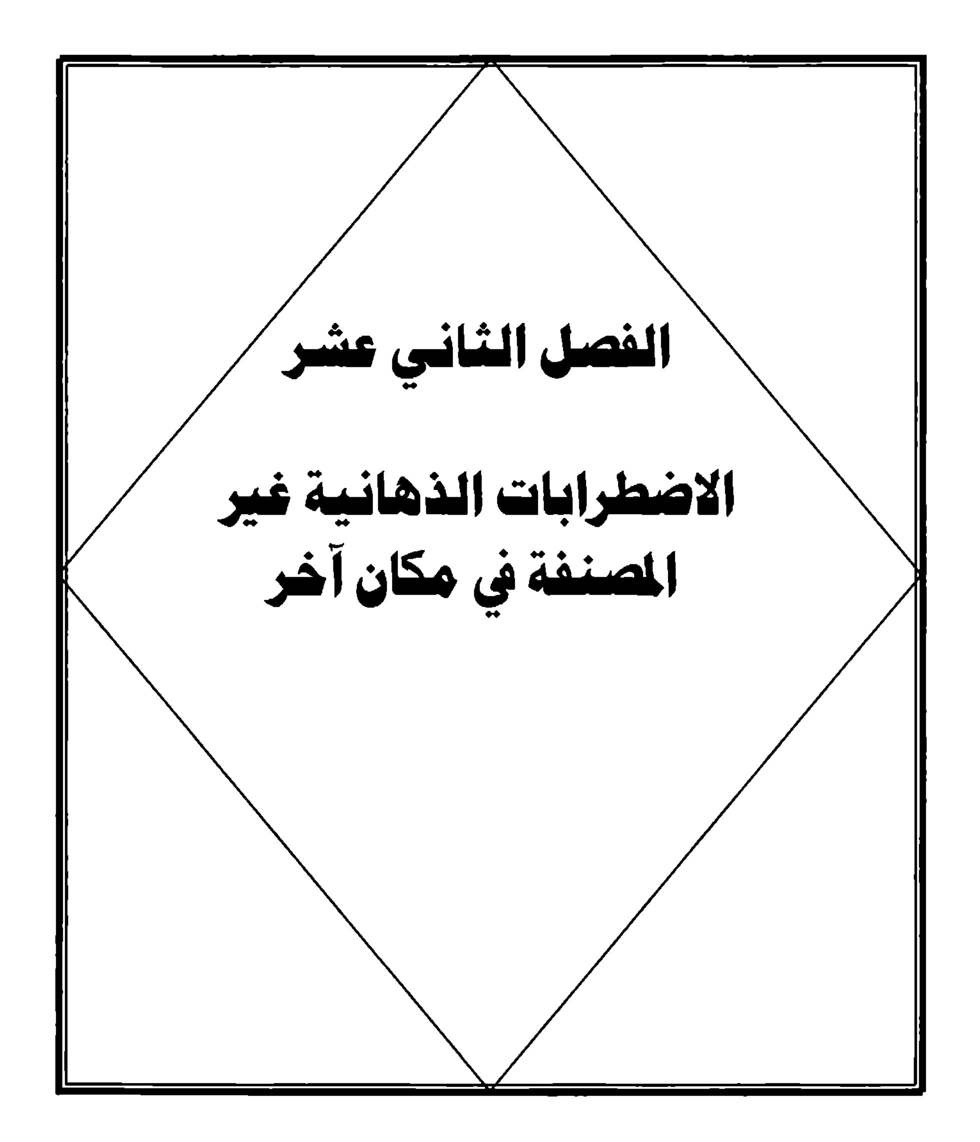
٥- **اضطراب الشخصية البارانوية (الاضطهادية)**: حيث توجد أفكار اضطهادية أو خيانة مرضية ولكنها لا تصل إلى درجة الضلال.

٦- **الاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر**: تشخص هذه الحالة إذا كانت مدة ظهور الضلالات أقل من شهر، وكانت الضلالات غير مفرطة الغرابة، ولا

توجد ضغوط اجتماعية نفسية واضحة، كما في حالة التفاعل الذهاني قصير المدى.

العلاج:

إذا كانت هناك خطورة من هذه الضلالات على المريض أو على المحيطين به، فيتم إدخاله إلى المستشفى ويعطى الأدوية المهدئة عن طريق الحقن إذا كان المريض في حالة هياج، أما في الحالات غير الخطيرة فإن المعالج يكوّن علاقة ثقة مع المريض أولاً ثم يصف له أدوية مضادة للذهان ويوضح له أعراضها الجانبية حتى لا يفقد الثقة به عند ظهور هذه الأعراض، ويبدأ إعطاء هذه الأدوية بجرعات صغيرة ثم تُزاد ببطء حتى يتم الوصول إلى درجة مناسبة من التحسن .. وإذا لاحظ الطبيب عدم تحسن حالة المريض وفشل العلاج الموصوف له، فإنه يستبدل هذه الأدوية بمجموعة أخرى من الأدوية المضادة للذهان (يلاحظ أن سبب فشل العلاج عادة هو عدم تعاطي المريض للعلاج بصورة صحيحة ومنتظمة)، ويصاحب العلاج الدوائي العلاج النفسي الفردي .



الفصل الثاني عشر

الاضطرابات الذهانية غير المصنفة في مكان آخر

الاضطرابات الذهانية غير المصنفة في مكان آخر

وهي مجموعة من الاضطرابات التي لم تصنف (حتى الآن) ضمن المجموعات الذهانية الأخرى (الاضطراب العقلي العضوي والفصام والاضطراب الضلالي أو الاضطراب الوجداني المصاحب بأعراض ذهانية)، وهذه المجموعة هي:

١-التفاعل الذهاني قصير المدى (Brief Reactive Psychosis)

يبدأ هذا الاضطراب بعد تعرض المريض لظرف ضاغط في حياته، ويتميز بظهور أعراض ذهانية حادة تستمر لفترة تقل عن شهر، ولارتباط هذا الاضطراب بظروف ضاغطة أطلق عليه سابقاً اسم (الذهان التفاعلي) أو (الذهان الهستيري) أو (ذهان الانضغاط)، ويصيب أصحاب الشخصيات المنتشرة (الهستيريا والنرجسية والاضطهادية وفصامية النوع والحدية)، ويحدث في فترة المراهقة أو بداية سن الرشد ثم تختفي أعراضه في غضون أيام قليلة.

الأعراض:

يبدأ هذا الاضطراب بظهور أعراض ذهانية حادة تمتد لعدة ساعات ولا تزيد عن شهر، ثم تختفي ويعود الشخص لكامل أدائه الوظيفي بنفس مستوى ما قبل المرض.

وتظهر هذه الأعراض بعد تعرضه لظروف ضاغطة، وتكون في صورة هلاوس وضلالات وتقلب انفعالي بشكل حاد، وقد يكون الشخص مرتبكاً أو مكتئباً، ويعرف من خلال طريقة استجابته لما يطلب منه، ويصاحب ذلك سلوك غريب من اتخاذ الشخص لأوضاع غريبة أو ارتداء ملابس غريبة، أو الصراخ، أو البكم، أو إخراج أصوات أو تكرار مقاطع من جمل ليس لها معنى، ويكون الوجدان غير مناسب واضطراب الاهتداء والذاكرة الحديثة، وقد تكون إجابته على الأسئلة تافهة ومختلفة عن صيغة السؤال.

الأسباب:

-وجود تهيئة في اضطراب الشخصية.

-وجود ظروف نفسية أو اجتماعية ضاغطة في حياة المريض.

-لوحظ وجود حيل دفاعية غير مناسبة مع احتمال وجود المكسب الثانوي لهؤلاء المرضى (كتعاطف الآخرين مع المريض وإعفائه من المسؤوليات).

التشخيص الفارق:

قد يحدث اختلاط بين أعراض التفاعل الذهاني وأحد الاضطرابات التالية:

١- **الاضطرابات العقلية العضوية**: وخاصة الهذيان والاضطراب الضلالي العضوي والانسحاب، ويتم التمييز بين هذه الأعراض وأعراض التفاعل الذهاني من خلال معرفة التاريخ المرضي للمريض والفحوصات المختبرية التي تشير إلى وجود عامل عضوي.

٢- **نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب العظمى**: قد تتشابه أعراضها مع أعراض التفاعل الذهاني المحدود، ولكن إذا اختلط الأمر وكان من الصعب التمييز بين الحالتين فتكون أولوية التشخيص لنوبات الهوس والاكتئاب على التفاعل الذهاني المحدود، خاصة إذا وجدت دلالاتها التشخيصية سواءً كانت مصاحبة لظروف ضاغطة أم لا.

٣- **اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة (Factitious Disorder)**: حيث يظهر الشخص أعراضاً مرضية تشبه أعراض التفاعل الذهاني عن قصد تحت تأثير ظروف ضاغطة في حياته.

٤- **ادعاء المرض (التمارض) (Malingering)**: حيث يدعي الشخص أعراضاً ذهانية، ولكن يوجد عادة ما يدل على وجود هدف واضح يكمن خلف هذا الادعاء.

العلاج:

يتم إدخال المريض إلى المستشفى إذا كانت الأعراض شديدة، أو لغرض

التشخيص، ويوفر جو المستشفى الطمأنينة التي قد تكون كافية لعلاجه مع جرعات قليلة من الأدوية المضادة للذهان، حيث يمكن سحبها تدريجياً بمجرد تحسن الأعراض الذهانية، ويصاحبها علاج نفسي من أجل مساعدة المريض على التخلص من الحيل الدفاعية غير الناضجة (مثل النكوص) وتقليل نقص اعتبار الذات وزيادة الثقة بالنفس.

٢-الاضطراب فصامي الشكل (Schizophreniform disorder)

يشبه هذا الاضطراب مرض الفصام من حيث الأعراض، ولكنه يختلف عنه في المدة، حيث إن مراحل المرض الثلاث (المنذرة والنشطة والمتبقية) لا تصل إلى ستة أشهر، وقد تميز هذا الاضطراب عن الفصام في عام (١٩٣٩) من قبل الطبيب (جابريل لانجفيلد) الذي كان قد لاحظ آنذاك أن المريض لديه تأريخ حسن قبل إصابته بالاضطراب.

إن الدراسات الحديثة في مجال الجينات والأسرة متضاربة، فبعضها يشير إلى أن الاضطراب فصامي الشكل منفصل عن الفصام، وبعضها الآخر يشير إلى أن الاثنين مرتبطان ببعضهما، وتحدث بداية الاضطراب فصامي الشكل بصورة مفاجئة حيث تكون عادة حادة، وتسبب الأعراض الذهانية للمريض خللاً في أدائه الوظيفي والاجتماعي خلال مدة الإصابة، وهناك خطورة على المريض من إقدامه على الانتحار خلال فترات اشتداد الأعراض أو فترات الاكتئاب التي تتبع الأعراض الذهانية.

الأعراض الذهانية:

تشبه أعراض الاضطراب فصامي الشكل أعراض مرض الفصام تماماً، ويكون الاختلاف بينهما فقط في مدة الاضطراب التي تقل عن ستة أشهر، ثم يشفى المريض بعدها ويعود إلى سابق أدائه الوظيفي والاجتماعي.

ولذلك فإن أي مريض تظهر عليه أعراض الفصام ولم يكمل مدة ستة أشهر تشخص حالته بشكل مبدئي على أنه اضطراب فصامي الشكل، وحين تستمر الأعراض لفترة ستة أشهر يغير التشخيص إلى مرض الفصام.

الأسباب:

لا تعرف العوامل المسببة للاضطراب فصامي الشكل حتى الآن، وتشير الدراسات القليلة المتاحة إلى أن هؤلاء المرضى هم مجموعة غير متجانسة، فبعضهم يشبه مرضى الفصام بينما يشبه البعض الآخر مرضى اضطراب الوجدان.

التشخيص الفارق:

١- **الفصام**: لا تختلف أعراض كل من الفصام والاضطراب فصامي الشكل إلا من حيث مدة المرض، ويتميز الاضطراب فصامي الشكل بالارتباك الانفعالي والخوف ووجود الهلاوس البصرية.

٢- **التفاعل الذهاني محدود المدة**: ويميز بينهما بالمدة (فالتفاعل الذهاني المحدود يقل عن شهر بينما الاضطراب فصامي الشكل لا يزيد عن ستة أشهر)، كما أن التفاعل الذهاني المحدود عادة لا يمثل بكل الأعراض الذهانية المميزة للمرحلة النشطة من الفصام.

العلاج:

قد يتطلب إدخال المريض إلى المستشفى إما لغرض إتمام التشخيص أو لغرض العلاج أو لحماية المريض من نفسه، ويعطى الأدوية المضادة للذهان التي يتم سحبها تدريجياً بعد التحسن (الذي يحدث خلال ستة أشهر)، وقد يحتاج إلى إعطائه صدمات كهربائية محدثة للتشنجات (E.C.T) إذا ظهرت لديه أعراض كتاتونية واضحة، والعلاج النفسي لمرضى هذا النوع من الاضطراب في غاية الأهمية؛ وذلك من أجل مساعدتهم في التوافق النفسي والاجتماعي بعد خبرة الذهان.

٣- اضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective Disorder)

يشخص هذا الاضطراب لدى المرضى الذين يجمعون بين أعراض كل من الفصام واضطراب الوجدان، وقد وصفه (كيربي ١٩١٣) و(هوخ ١٩٢١) وصنفاه حسب تصنيف (كريبلين) ضمن ذهان الهوس والاكتئاب؛ لأنهم لاحظوا أن هؤلاء

المرضى لا يتدهورون كما يحدث في مرضى الخرف المبكر (Dementia Precox)، ووصف (كسانين) مجموعة من المرضى لديهم أعراض كل من الفصام واضطراب الوجدان التي ترسبت تحت ظروف ضاغطة، وكانت بدايتها حادة مع وجود تاريخ عائلي من اضطراب الوجدان في بعض الحالات، وتم شفاء هذه الأعراض، وشخص حالتهم على أنها نوع فرعي من الفصام.

ومنذ ذلك الوقت تشخص هذه الحالات على أنها فصام وجداني أو فصام نمطي أو فصام متراجع أو ذهان دوري، وقد أكدت هذه التسميات كلها على علاقة هذا الاضطراب بالفصام أساساً، وفي عام (١٩٧٠) لاحظ الباحثون أن أملاح الليثيوم تظهر تحسناً ملحوظاً لهذه الحالات مما دفع بهذا الاضطراب خطوات في اتجاه الاضطرابات الوجدانية، كما سُمّي هذا الاضطراب حسب التصنيف الأمريكي الإحصائي الثالث ـ المراجع (D.S.M.III-R) باضطراب الفصام الوجداني (Schizomood disorder)، ولكن ما زالت التسمية القديمة هي المستخدمة وهي اضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective).

ويبدأ هذا الاضطراب في بداية سن الرشد، ويميل لأن يكون مزمناً أحياناً، ولكنه قابل للتحسن والشفاء أفضل من الفصام وأقل من اضطراب الوجدان، وهو أقل انتشاراً من الفصام، ويستوي فيه الذكور والإناث.

الأعراض:

إن أعراض اضطراب الفصام الوجداني تتمثل بأعراض كلٍّ من الفصام واضطراب الوجدان دون وجود سبب عضوي تعزى إليه هذه الأعراض، وهناك حالات يكون الجزء الوجداني فيها ثنائي القطبية وهي أكثر انتماءً لاضطراب الوجدان من الحالات التي يكون فيها الجزء الوجداني اكتئابي.

الأسباب:

لا تعرف أسباب اضطراب الفصام الوجداني حتى الآن، ولكن هناك بعض العوامل المحتملة في تسببها لهذا الاضطراب هي:

١- إن الفصام الوجداني هو أحد أنواع الفصام.
٢- إن الفصام الوجداني أحد أنواع اضطراب الوجدان.
٣- لدى مرضى هذا الاضطراب أعراض كل من الفصام واضطراب الوجدان.
٤- قد يمثل اضطراب الفصام الوجداني مرضاً عقلياً منفصلاً عن الفصام واضطراب الوجدان.
٥- اعتبار هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة لدى بعضهم فصام والبعض الآخر لديهم اضطراب وجداني.

وقد ركزت الدراسات المتناولة لهذه الاحتمالات على التاريخ المرضي للعائلة ككل، والمؤشرات البيولوجية واستجابة حالة المريض للعلاج وحالة المريض على المدى البعيد، وأكثر العوامل المحتملة لأسباب اضطراب الفصام الوجداني قبولاً من هذه الدراسات هو اعتبار هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة، بعضهم لديه فصام مع أعراض اضطراب وجدان واضحة والآخرون لديهم اضطراب وجدان مع أعراض فصام واضحة.

التشخيص الفارق:

١- **اضطراب عقلي عضوي**: تشمل أعراض كل منهما وجودَ أعراض ذهانية مفرطة الغرابة واضطراب وجدان واضح، ولكن لا يوجد في الفصام الوجداني عامل عضوي نتج عنه الاضطراب أو حافظ على استمراره.
٢- **الفصام**: حيث يتشابهان في أعراض الجزء الفصامي، ولكنهما يختلفان في وجود الجزء الوجداني في الفصام الوجداني.
٣- **اضطراب الوجدان المصاحب لأعراض ذهانية**: يتميز هذا الاضطراب بعدم وجود فترة أسبوعين على الأقل فيهما ضلالات أو هلاوس واضحة دون وجود أعراض اضطراب وجدان واضحة.
٤- **الاضطراب الضلالي**: تكون الأعراض الذهانية في هذا الاضطراب محدودة وغير مفطرة في الغرابة.

العلاج:

قــد يلــزم إدخــال المريض إلى المستشفى، حيث تتم معالجته علاجاً كيميائياً يتضــمن الأدوية المضادة للاكتئاب والأدوية المضادة للهوس)، ويكون العلاج الكيميائي مصحوباً مع العلاج النفسي والاجتماعي.

٤-الاضطراب الذهاني المستحث(**Induced Psychotic Disorder**)

هــو اضطراب ضلالي يحدث للمريض نتيجة لعلاقته الوثيقة بشخص آخر هو صاحب هذه الضلالات أصلاً (أي أنه المضطرب الأصلي) وشاركه مريضنا ضلالاته (أي تــابع لـــــه)، ولــذا كان يسمى هذا الاضطراب بالاضطراب البارانوي المشارك (Shared Paranoid Disorder).

وقــد وصــف هــذا الاضطراب لأول مرة في عام (١٨٧٧م) من قبل أطباء النفس الفرنسيين وسمّوه (Folie a deux)، وهناك عدة أسماء سُمّي بها هذا الاضطراب مــنها الجــنون المــزدوج (Double Insanity) أو الذهــان المرتبط (Psychosis of Association)، ويحــدث هــذا الاضــطراب بشكل نادر، ولكنه يكثر بين الإناث وفي الطــبقات الاجتماعية الدنيا. والمصابون بعاهات جسمية يكونون أكثر عرضة للإصابة بـــه بسبب اعتمادهم على الآخرين، كما تزداد نسبة حدوثه بين فردين من أسرة واحدة تصــل إلى (٩٥%) من الحالات، ولا تتحدد الإصابة بهذا الاضطراب بسن معينة، فقد يصيب أيَّ عمر، ويتحول إلى اضطراب مزمن إذا لم تتم معالجته.

ويــرى بعض المتخصصين بعلم النفس أن القيام بعزل التابع المصاب بالذهان المســتحث عــن المضــطرب الأصلي والمسيطر في العلاقة ينتج عنه تحسن، إلا أن الدراســات التي أجريت لاحظت حدوث شفاء بعد العزل بنسبة قليلة تراوحت بين (١٠ % - ٤٠%) فقــط. إلا أن عــدم تحسن المريض بعد العزل هذا يحتم إعادة النظر في التشخيص، فقد يكون هذا الاضطراب ضلالياً أو فصاماً.

الأعراض:

أهم أعراض الاضطراب الذهاني المستحث هي:

١- وجود ضلالات لدى الشخص كنتيجة لعلاقته الوثيقة بشخص آخر (مصاب باضطراب ذهاني وضلالات واضحة)، وتكون هذه الضلالات مشتركة بين الشخصين، ولا يشخص بهذا الاضطراب من يمثلون بأعراض اضطراب ذهاني أو أعراض منذرة للفصام قبل بدء الضلالات مباشرة.

٢- يكون محتوى هذه الضلالات في حدود معقولة، وغالباً ما يبنى على الخبرة الماضية المشتركة للشخصين،وقد تكون الضلالات المستحثة أحياناً مفرطة في الغرابة، ويكون عادة الشخص المضطرب أساساً هو المسيطر في العلاقة التي بينهما، ويبني ضلالاته تدريجياً على الطرف الآخر، وهذا يحدث عادة بعد فترة من تعايشهما معاً وانعزالهما وعدم اختلاطهما بالآخرين.

٣- عندما يتم عزل مضطرب الذهان المستحث عن المضطرب الأصلي يلاحظ حدوث تناقص في حدة الضلالات لديه.

ويحدث هذا الاضطراب في علاقة شخصين فقط (أحدهما أصلي والآخر تابع) (Folic a deux)، ولكن هناك حالات سجلت لأكثر من تابع (أي لديهم ذهان مستحث) قد تصل إلى اثني عشر شخصاً (Folie aduze)، وقد تشمل أسرة كاملة (Folie a Family)، ونادراً ما يبحث المصابون بهذا الاضطراب عن علاج، وتظهر الحالات التابعة للنور عندما تتم معالجة الشخص الأصلي.

الأسباب:

تكون أسباب هذا الاضطراب عادة نفسية اجتماعية، وذلك لوجود شخصين أحدهما مسيطر والآخر تابع لــه، وتكون العلاقة بينهما وثيقة وحميمة، وارتباطهما بالعالم الخارجي يكون شبه معدوم أو معدوماً، وهناك مكسب متبادل لكليهما ويسعى التابع لينال القبول من الشخص المسيطِر.

التشخيص الفارق:

يجب تمييز هذا الاضطراب عن الاضطراب الضلالي والفصام والفصام الوجداني، إذ لا توجد في الاضطرابات الأخرى علاقة وثيقة مع شخص مسيطِر، وإذا وجدت هذه العلاقة فإن الأعراض الذهانية (أو الأعراض المنذرة في حالة الفصام) تسبق بداية أي ضلالات مشاركة أو (تابعة).

العلاج:

أولى خطوات العلاج يجب أن تتم من خلال عزل الشخص المصاب بالذهان المستحث عن مصدر الضلالات المتمثل بالشخص المسيطِر.

ثم يبدأ بالعلاج الكيميائي من خلال إعطائه الأدوية المضادة للذهان عند الحاجة فقط، بالإضافة إلى العلاج النفسي الذي يعتبر مهماً جداً لمساعدة المريض على التخلص من ضلالاته المستحثة والارتباط بالواقع الخارجي والبيئة المحيطة به.

٥- الاضطراب الذهاني (غير المصنف في مكان آخر)
(Psychotic Disorder Not Otherwise Specified)

وهي مجموعة من المتلازمات المتناثرة التي تحوي أعراضاً ذهانية (مثل الضلالات أو الهلاوس أو عدم تناسق الأفكار أو السلوك المضطرب)، ولا يمكن تصنيفها ضمن أحد الأنواع المحددة سابقاً، ومن الممكن أن تستخدم هذه المجموعة لتشخيص حالات الذهان التي لا تتوفر معلومات كافية لتشخيصها، وتشمل هذه المجموعة ما يلي:

١- متلازمات تحدث في وقت معين فقط (مثل ذهان ما بعد الولادة).

٢- متلازمات محددة، ولكنها محصورة في ثقافات معينة.

٣- ذهان مع أعراض غير معتادة، مثل هلاوس سمعية ثابتة.

٤- ذهانات تخص مجموعة تشخيصية محددة ولكنها مصحوبة ببعض الأعراض التي لا يمكن تجاهلها ولا تتفق مع المجموعة المحددة (كالذهان الدوري غير النمطي).

٥- ذهانات لا تتوفر عنها معلومات كافية لتشخيصها بشكل محدد.

١- ذهان ما بعد الولادة (Post-Partum Psychosis)

هي متلازمة عرضية تحدث بعد الولادة، وتتميز بحدوث ضلالات واكتئاب شديد مع أفكار لإيذاء الطفل الوليد أو النفساء.

ويحدث لدى (١-٢) من كل ألف من الولادات، ويـزداد خطر حدوث هذا الاضطراب إذا كان قد حدث للمريضة في ولادة سابقة أو حدث لأمها، أو في حالة وجود تاريخ سابق لاضطراب الوجدان. ويحدث هذا النوع من الذهان للأمهات بشكل خاص، ولكن هناك حالات نادرة جداً سجلت حدوثها لدى الآباء.

وتعتمد حدة اضطراب ذهان ما بعد الولادة على تماسك شخصية الأم وتكيفها قبل المرض وغياب الفصام واضطراب الوجدان، إضافة إلى الارتباط العائلي الذي يقدم لها الإسناد النفسي للوصول إلى الشفاء.

الأعراض:

تظهر الأعراض عادة في اليوم الثالث للولادة، وتبدأ بظهور الأعراض الأولية التي تشمل:

الأرق وعدم الاستقرار والشعور بالإجهاد والفوران الداخلي وتقلب الوجدان تتخللها نوبات من البكاء، وخلل معرفي. ثم تظهر الأعراض المتأخرة التي تشمل الشك والارتباك وعدم تناسق الأفكار والانشغال بأفكار وسواسية حول صحة الطفل أو عدم محبته وعدم الرغبة في العناية به أو الرغبة في إيذائه.

ويكون محتوى هذه الضلالات كون الطفل ميتاً أو مشوهاً أو إنكار أنه وليدها مع أفكار مسيطرة بأنها لم تتزوج بعد، وقد تكون هذه الأفكار أو الضلالات اضطهادية أو أن هناك من يؤثر عليها، مع وجود هلاوس يكون محتواها مماثلاً لمشاعر الكراهية والعداء تجاه وليدها فتأمر بقتله، وهنا تصبح المريضة خطرة على نفسها أو على وليدها تبعاً لمحتوى الهلاوس ودرجة

الفوران الداخلي.

الأسباب:

١. يعتقد أن لدى معظم هؤلاء الأمهات مرضاً عقلياً غير ظاهر الأعراض، ويظهر بشـكل واضح بعد ضغط الولادة، بسبب النقص المفاجئ في هرموني الاستروجين والبروجسـتيرون بعـد الـولادة، ولكن إعطاء هذه الهرمونات لم ينجح كعلاج لهذا الاضطراب.

٢. دور مشاعر الصراع للأم حول خبرات الأمومة، وخاصة إذا كان الزواج تعساً، وقد لوحظ أن وجود شقاق في العلاقة الزوجية يزيد من حدوث المرض، وفي بعض الحالات النادرة من ذهان ما بعد الولادة التي تحدث للآباء يشعر الأب (الزوج) بأنه قد نحي جانباً وأنه لم يعد محل اهتمام الأم بسبب وجود الطفل في العائلة.

التشخيص الفارق:

قد تشبه أعراض ذهان ما بعد الولادة أعراض الاضطرابات الآتية، وهي:

١- اضطراب الوجدان أو الفصام كانتكاس حدث بعد الولادة.

٢- اكتئاب ما بعد الولادة (Post-Partum Depression).

٣- نقص نشاط الغدة الدرقية.

٤- متلازمة كوشنج (Caushing s) التي قد تحدث بعد الحمل.

٥- الاكتـئاب الـناتج عـن اسـتعمال الأدوية، مثل الأدوية المخفضة لضغط الدم المرتفع.

٦- عدوى أثناء الولادة أو بعدها ينتج عنها التهاب في المخ (Encephalopathy).

٧- كآبة ما بعد الولادة (Post-Partum Blues): وتحدث لنسبـة (٥٠%) من الوالدات بعد ولادتهن، وتظهر أعراضه بشكل بكاء أو إجهاد وقلق وسرعة اسـتثارة، ويبدأ ظهور هذه الأعراض بعد الولادة بفترة قصيرة، وتستمر لأيام قليلة ثم يتم الشفاء منها تلقائياً.

العلاج:

يعتبر اضطراب ذهان ما بعد الولادة من الحالات التي تتطلب علاجاً سريعاً (Emergency) وتعطى الأدوية المضادة للاكتئاب في حالات المكتئبات، والحالات التي يكون لدى الأم فيها ميول انتحارية تنقل إلى المستشفى وتبقى تحت المراقبة المستمرة لمنع حالات الانتحار، أما الحالات التي تظهر فيها أعراض الهوس فتعطى أملاح الليثيوم مع الأدوية المضادة للذهان في الأسبوع الأول من العلاج، كما تعطى للأم فرصة للتواصل مع طفلها من خلال العناية به، ولكن تحت المراقبة، كما أن العلاج النفسي مهم خاصة بعد انتهاء الفترة الحادة من الذهان ويتوجه إلى الصراع النفسي ومساعدة الأم في تقبل دور الأمومة، ويجب أن يسندها في ذلك الزوج والمحيطون بها لتقليل مشاعر الصراع لديها.

٢- المتلازمات المرتبطة بثقافات معينة:

١) أموك (Amok): يحدث في هذا الاضطراب انفجار عدواني غير مبرر لدى الشخص المصاب به، فيندفع بسلاح يقتل كل من يقابله وقد يقتل نفسه في النهاية، وهذه النوبة من القتل الأهوج تُسبق بفترة من الانشغال والاكتئاب الخفيف، وبعد انتهاء النوبة يشعر الشخص بالإجهاد وينسى تماماً ما حدث وغالباً ما ينتحر، وينتشر هذا الاضطراب في منطقة الملايو حيث يصيب الرجال بصورة خاصة، وكذلك في أفريقيا وبعض دول المناطق الحارة، ويعتقد أن سبب هذا الاضطراب هو سبب نفسي، حيث إن الثقافات الموجودة في هذه المناطق تعطي مطلق الحرية للأطفال في التعبير عن عدوانهم، ثم تكبحهم في سن المراهقة والرشد مما يعرضهم لضغوط مرضية، وتعالَج هذه النوبة من خلال السيطرة على هذا الشخص جسدياً، وتنتهي هذه النوبة خلال ساعات قليلة، ويتم علاجه بالأدوية المضادة للذهان كذهان مزمن.

٢) كورو (Koro): هي حالة من القلق الحاد التي تتميز بإصابة الشخص الذكر بالخوف من أن قضيبه ينكمش، وقد يختفي إلى داخل بطنه وأنه قد يموت،

ولوحظ أيضاً في النساء الخوف من انكماش الأجزاء الخارجية للفرج والثديين، ويرجع هذا الاضطراب إلى تفاعل عوامل نفسية واجتماعية وديناميية لأشخاص مهيئين، ويبدو أن للمخاوف الثقافية المرتبطة بالاحتلام وممارسة العادة السرية والانغماس بالتفكير الجنسي دوراً في حدوث هذا الاضطراب. وتنتشر هذه المتلازمة بين شعوب منطقة جنوب شرق آسيا وبعض مناطق الصين وكذلك بين بعض أمم الغرب، ويتم علاج هذا الاضطراب عن طريق العلاج النفسي وبعض الأدوية، وبعض الحالات تستلزم علاجاً بالصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات .

٣) الــتوحش (Wihtigo): هــو اضطراب يصيب بعض الأشخاص، حيث يعتقد المصـــاب بأنـــه قــد تحــول إلى وحش عملاق يأكل لحوم البشر عندما يشعر بـــالجوع، وقــد يتملكه هذا الشعور ويعبر عن رغبته الشديدة لأكل لحم الآدمي عــندما يــراه أمامــه، وتظهر بسبب هذا الاعتقاد أعراض جسمية في الجهاز الهضــمي مــثل فقــدان الشهية أو الغثيان، وقد يصبح المصاب في حالة هياج شديدة خوفاً من التحول إلى وحش.

٣- الذهانات ذات العرض الوحيد الواضح:

تتكون هذه المتلازمات من عرض ذهاني واحد أو أكثر، وهو عادة هلاوس متكررة أو ضلال واحد، وكانت تسمى سابقاً الهوس وحيد العرض،(Monomania) وباستثناء هذا العرض فإن الشخصية تبدو متماسكة، وتشمل:

١- ذهانـــات رؤيـــة الــذات (Autoscopic Psychosis): يخبر الشخص فيه ــ هلوســياً ــ أنـــه يـــرى كل جسمه أو جزءاً منه كما لو كان ظاهراً في مرآة، ويوصـــف هذا الجزء المشاهد من قبل هؤلاء المرضى على أنه شفاف ليس له لـــون محـــدد ولكنه يُرى بوضوح، ويظهر فجأة ودون سابق إنذار ويبقى عادة لثوانٍ قليلة، ويحدث ذلك غالباً عند ظلمة أول الليل، وقد يوجد أنماط أخرى من الهلاوس، ويصاحب ذلك الارتباك والحزن، وهذه الظاهرة نادرة الحدوث، وقد يخـــبرها بعض الأشخاص لمرة واحدة في حياتهم ولا تعرف حتى الآن أسباب

هــذا الاضطراب، ولكن وضعت نظريات تفسر بها الأسباب المحتملة لحدوثه، وإحــدى هذه النظريات قد استبعدت الإصابة العصبية كسبب لهذا الاضطراب خاصــة تلك التي تسبب إثارة بعض المناطق في الفصوص الصدغية الجدارية، وهناك نظرية أخرى تفترض أن الاضطراب يمثل بروزاً لبقايا ذاكرة، ولوحظ حدوثهــا لــبعض الأشخاص الأسوياء ذوي القدرة العالية على التخيل ولبعض أصحاب الشخصية النرجسية تحت ضغوط انفعالية، ونادراً ما يلزم العلاج لهذه الحالــة، فهــي ليســت معيقة وليست اشتدادية، أما إذا كانت ناتجة عن إصابة عصبية فيتوجب علاجها.

٢- مــتلازمة كــبجراس (Capgras Syndrom): وتتميز هذه المتلازمة باقتناع ضــلالي لدى المريض بأن الآخرين في بيئة الشخص ليسوا هم حقيقة، ولكنهم مســتبدلون بأشــخاص يتقمصون أدوارهم، ويتصرفون مثلهم. وهذه المتلازمة أيضاً نادرة وأغلب حدوثها لدى الإناث، وتصنف كاضطراب ضلالي قد تحدث كــأحد مظاهــر مــرض الانفصام، ويعود سبب هذا الاضطراب إلى خلل في اختــبار الواقــع نتيجة لعملية الذهان، حيث فسر على أنه خطأ تأويل ناتج عن مشــاعر الغربة المختلفة مع ميول اضطهادية بسبب عدم الثقة، أو أنه ناتج عن اضــطراب في وظيفة الفص الجداري، ويعالج هذا الاضطراب بعلاج الذهان المرتبط به بالأدوية المضادة للذهان.

٣- مــتلازمة كوتــارد (Cotard s Syndrom): يشكو المصاب بهذا الاضطراب بأنه فقد ليس فقط ممتلكاته وقوته ولكن قلبه ودمه وأمعاءه، وأن العالم من حوله قــد تــناقص إلــى لا شــيء، وتتمــيز المــتلازمة الكاملــة بضلالات البقاء (Immortality)، وهــذه الضــلالات تكون مصاحبة بأفكار تشير إلى هوس تضخيم الذات (Megalomaniac)، ويظهر هذا الاضطراب قبل البداية الحادة لمــرض الفصام أو نوبات الاكتئاب، وهو نادر الحدوث نسبياً خاصة بعد تقدم الأدويــة المضــادة للذهــان، وقــد يظهر في متلازمات الاضطرابات العقلية العضوية الخاصة بالشيخوخة وما قبلها. وما زال السبب غير معروف ويصنف

كاضطراب ضلالي عدمي، ويستمر هذا الاضطراب لأيام أو لأسابيع قليلة، كما أنه يستجيب للعلاج الذي يؤثر في الاضطراب الأصلي (الفصام أو الاكتئاب)، ويرتبط الشكل المزمن منه بمتلازمات الدماغ العضوية، مثل مرض الزهايمر.

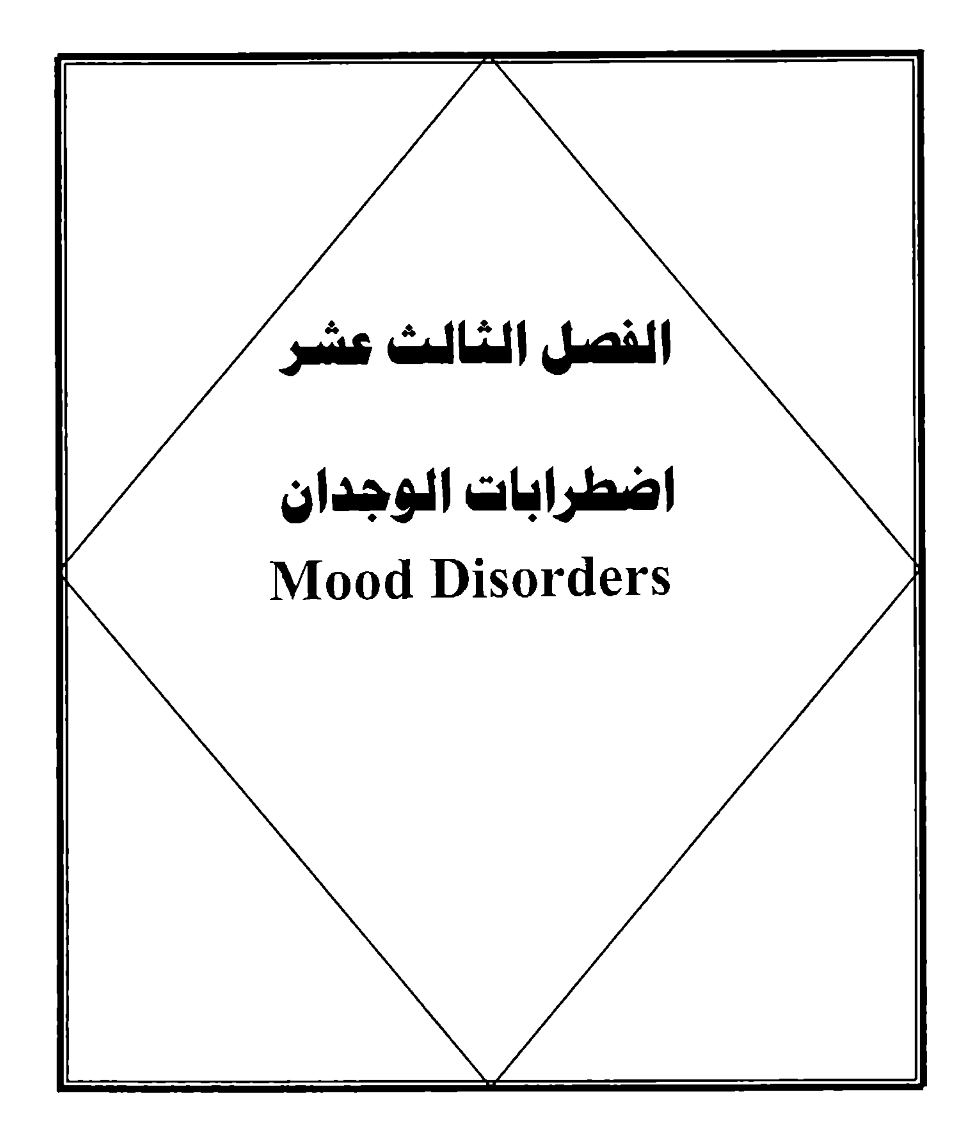
٤- الذهان الدوري غير النمطي (Atypical Cycloid Psychosis):

تظهر هذه المجموعة من الاضطرابات بعض خصائص الاضطرابات ثنائية القطبية، ولكنها لا تتفق مع مواصفاتها العامة، وقد وصف منها ثلاثة أنواع، هي:

١- ذهان الحركة (Motility Psychosis): يتميز هذا الاضطراب بتزايد حركة المريض فيه لدرجة تشبه اضطراب الهوس أو التهيج الكتاتوني، ويتميز هذا الاضطراب عن اضطراب الهوس بوجود إيماءات تعبيرية عديدة مفاجئة، وتبدو هذه الإيماءات كأنها ناتجة من آليات ذاتية، ولا تبدو كاستجابات لمثيرات بيئية أو تعبيرات عن وجدان المريض، كما يميز هذا الاضطراب عن التهيج الكتاتوني من حيث غياب الحركات الغريبة المتكررة، أما الشكل الذي تكون فيه الحركة معدومة فيبدو مطابقاً لصورة الذهول الكتاتوني، ولكنه يتميز عن الفصام بأنه يستجيب للعلاج ولا يؤدي إلى تدهور الشخصية.

٢- ذهان التشوش (الارتباك) (Confessional Psychosis): تتقلب فيه حالة المريض الانفعالية ولا يصل التشتت فيه للدرجة التي يصل فيها في مرض الهوس، وغالباً لا يعرف المريض الأشخاص في بيئته.

٣- ذهان القلق المتناوب مع السعادة (Anxiety-Blissfulness Psychosis): تكون مرحلة القلق فيه مشابهة إلى حد كبير للاكتئاب المصاحب بفوران داخلي، ولكنه يتميز عنه بقلة حركة المريض، وحالات من القلق الغامر على فترات مع حدوث أفكار اضطهادية إشارية قد يصاحبها أحياناً لوم النفس بانشغال المريض بتوهمات مرضية وهلاوس، أما مرحلة السعادة فتتميز بأفكار العظمة والسلوك الممتد (العطاء المسرف للآخرين).



الفصل الثالث عشر

اضطرابات الوجدان

Mood Disorders

اضطرابات الوجدان (Mood Disorders)

وهي الحالات المرضية التي تدل أعراضها الأساسية على وجود اضطراب في الوجدان مع أعراض أخرى مصاحبة لتكون جزئياً أو كلياً متلازمات الهوس والاكتئاب، ويمكن أن تحدث متلازمات اضطراب الوجدان كجزء من اضطراب الوجدان (مثل متلازمة الاكتئاب العظمى أو متلازمة الهوس)، أو كجزء من اضطراب ذهاني غير وجداني (مثل الفصام الوجداني)، أو كجزء من اضطراب عقلي عضوي (مثل اضطراب الوجدان العضوي).

ويرجع وصف حالات الاضطراب الوجداني إلى العصور القديمة في التاريخ، حيث وجد في الكتابات القديمة مثل الهندية والمصرية والإغريقية والصينية وصف يشير إلى حالات الاكتئاب من حزن القلب والرغبة في الموت مع النوم والكسل، وقد أشار كريبلين (١٨٩٦م) إلى مفهوم ذهان الهوس والاكتئاب، وضمنه أغلب الدلالات التشخيصية التي ما زالت موجودة إلى الوقت الحاضر، وميزه عن الخرف المبكر (الفصام) بأنه ليس فيه تدهور عقلي، كما وصف نوع من الاكتئاب يبدأ بعد بلوغ المرأة سن اليأس (بعد توقف الدورة الشهرية) أطلق عليه اسم ميلانخوليا سن اليأس (Involution Melancholia).

تصنيف اضطرابات الوجدان

تصنف اضطرابات الوجدان إلى:

أولاً: اضطرابات ثنائية القطبية:

تتميز بوجود نوبة واحدة أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف مع تاريخ مرضي لحدوث نوبات اكتئاب عظمى، ويشمل:

١- اضطراب ثنائي القطبية: الذي توجد فيه نوبة واحدة أو أكثر من نوبات الهوس مع نوبة واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى.

٢- الاضطراب الدوري (السيكلوثيميا) (Cyclothymia):الذي توجد فيه نوبات عديدة من الهوس الخفيف وفترات عديدة من أعراض الاكتئاب.

٣- الاضطراب ثنائي القطبية غير المصنف في مكان آخر (N.O.S.):وهناك بعض الاضطرابات يوجد فيها نوبات الهوس الخفيف ونوبات الاكتئاب العظمى، وتصنف هذه الاضطرابات ضمن المجموعة المتبقية من الاضطرابات ثنائية القطبية (غير المصنفة في مكان آخر).

ثانياً: الاضطرابات الاكتئابية (Depressive disorders):

تتميز بوجود نوبة واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى بدون تاريخ مرضي لأي من نوبات الهوس أو الهوس الخفيف، وتشمل:

١- نوبة الاكتئاب العظمى (Major Depressive Episode): التي يوجد فيها نوبة واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى.

٢- الاكتئاب العصابي (ديسثيميا) (Dysthymia):التي يوجد فيها أعراض اكتئابية في معظم الأوقات، وتستمر لمدة سنتين على الأقل لا تتفق خلالها مع مواصفات متلازمة الاكتئاب العظمى.

٣- الاضطراب الاكتئابي غير المصنف في مكان آخر: وهي الاضطرابات ذات الملامح الاكتئابية التي لا تتفق مواصفاتها مع أي من الاضطرابات الوجدانية المصنفة.

وتوصف نوبة الاكتئاب العظمى وثنائي القطبية من حيث:

- الشدة (إما خفيفة أو متوسطة أو شديدة).
- وجود أعراض ذهانية أو عدمها، وقد تكون هذه الأعراض متناسقة مع الوجدان أو غير متناسقة معه.
- هدأة الاضطراب إما تكون جزئية أو كاملة.

أولاً: الاضطرابات ثنائية القطبية

نوبة الهوس (Manic Episode):

تتغير مزاجات المريض فيها بصورة شاذة، وتتميز نوبة الهوس بسرعة استثارة المريض (وهي العرض المسيطر حيث تسهل استثارته لأتفه الأسباب)، وشعوره بالمرح المرضي والسرور الوجداني الذي يستمر لفترة محدودة، ويبدو على كلامه عدم التماسك أو التناسق مع فيضان سريع من الأفكار، ويكون شديد الانتباه لبيئته ولكنه مضطرب جداً، ويصبح منشغلاً لدرجة أنه لا يجد الوقت لتناول طعامه مما يتبعه ضعف جسمي، وترافق هذه الحالة ظهور أعراض مصاحبة.

وإذا كان الاضطراب شديداً نتج عنه اختلال في الأداء الوظيفي والمهني والاجتماعي للشخص، وقد يستلزم إدخاله المستشفى لمنعه من إيذاء نفسه والآخرين.

وتشمل الأعراض ما يلي:

١- تضخم الذات والشعور بالثقة بالنفس لدرجة لا يحتمل معها النقد، وقد تصل في كثير من الحالات إلى ضلالات العظمة لدرجة تقديمه النصح للآخرين في أشياء يجهلها (مثل كيفية حل الأزمة الاقتصادية في العالم).

٢- شعور المريض بالمرح الوجداني ويكون سروراً وانشراحاً أكثر من الطبيعي، وقد يتسع الوجدان فيشمل تحمس الشخص للتفاعل مع الناس دون انتقاء.

٣- قلة حاجة المريض للنوم؛ إذ تقل حاجته إلى درجة كبيرة فيستيقظ من نومه قبل موعده بساعات بكامل نشاطه وقوته، وقد يبقى بدون نوم لعدة أيام دون أن يتعب.

٤- يصبح كلام المريض بصوت مرتفع وسريع ويصعب مقاطعته، ويكون مليء بالنكات والتلاعب بالألفاظ وغير مناسب للمجال، وغير متناسق بسبب عدم ترابط الأفكار والتشتت الذي يدل عليه سرعة التحول في الكلام والنشاط نتيجة لشدة استجابة المريض للمثيرات الخارجية المختلفة غير المرتبطة معاً مثل

الضوضاء المحيطة أو الصور المعلقة. ويتميز كلام المريض بالشكوى أو التعليقات إذا كان وجدان الشخص مستثاراً أكثر من مرحه.

٥- زيادة النشاط الحركي والاندماج في الأنشطة الموجهة لهدف وتزداد اجتماعية المريض فينشئ علاقات اجتماعية جديدة، ويتصل بهم بشكل يقحم نفسه عليهم دون أن يعي لذلك بسبب نقص حكمه على الأمور.

وتشمل الأعراض المصاحبة ما يلي:

١- عدم استبصار المريض بمرضه ورفضه العلاج.

٢- حدوث هلاوس واضحة المحتوى تتوافق مع الوجدان السائد عادة (Mood Congruent)وضلالات قد تكون ذات محتوى اضطهادي. وتبنى على فكرة أن الشخص مضطهد بسبب وضعه الاجتماعي المميز ونجاحه ونادراً ما يكون محتوى الهلاوس والضلالات غير متوافقة مع الوجدان السائد (Mood incongruent).

٣- قد تظهر أعراض كتاتونية أو ذهول أو سلبية الحركة أو بكم في حالات نادرة، وفي حالة الهوس الخفيف (Hypomania)فإن صاحبه لا يختلف كثيراً عن الشخص السوي السعيد، لذلك يصعب اكتشاف هذا الاضطراب عنده.

ويلاحظ عندما يبدأ في إهمال واجباته ومسؤولياته وأعماله واستجابته لحالته المزاجية أكثر من استجابته للواقع، وتكون محادثاته سريعة وغير متماسكة وتزداد لديه الدافعية.

تبدأ نوبات الهوس عادة في بداية العشرينات من العمر، وهناك حالات تظهر بعد سن الخمسين، وتحدث النوبات بصورة مفاجئة ثم تشتد الأعراض خلال فترة قصيرة حتى تصبح خطيرة، وتستمر لعدة أيام أو لشهور وتختفي فجأة.

ويحتاج المريض إلى إدخاله المستشفى عند اشتداد الأعراض من أجل حمايته من الأضرار بنفسه أو بالآخرين بسبب سوء حكمه على الأمور وكثرة

حركته، وأهم مضاعفات نوبة الهوس هي إدمان المريض على المواد المخدرة وما يتبعها من أضرار.

أنواع نوبات الهوس:

تميز أنواع الهوس بحسب الشدة والأعراض الذهانية من عدمها كما يلي:

١- **نوبة خفيفة:** وهي أقل ما يمكن تشخيصه من أعراض الهوس.

٢- **نوبة متوسطة:** تكون منها زيادة في الحركة والنشاط واضطراب الحكم على الأمور.

٣- **نوبة شديدة بدون أعراض ذهانية:** وهو ما يكون في حالة خطيرة ويحتاج إلى مراقبة مستمرة لمنعه من إيذاء نفسه والآخرين.

٤- **نوبة مصاحبة بأعراض ذهانية (الضلالات والهلاوس والأعراض الكتاتونية):** وقد تكون متناسقة مع الوجدان أو غير متناسقة.

٥- **نوبة في حالة هدأة كاملة:** وهي التي تختفي فيها الأعراض مدة ستة أشهر على الأقل.

٦- **نوبة في حالة هدأة جزئية:** وهي التي تختفي فيها بعض الأعراض دون بعض.

٧- **نوبة غير محددة النوع (غير نوعي).**

التشخيص الفارق:

١- **اضطراب الوجدان العضوي:** وجود سبب عضوي نشأ عنه هذا الاضطراب (مثل تعاطي الأمفيتامين أو السترويدات)، وتشخص نوبة الهوس التي تترسب بالأدوية المضادة للاكتئاب أو الصدمات الكهربائية (E.C.T) كنوبة هوس (غير عضوي)، وكذلك حالة هوس ما بعد الولادة.

٢- **اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:** قد توحي كثرة الحركة وعدم الاستقرار بالإصابة بنوبة هوس، ولكن الوجدان غير مضطرب، وليس لهذا الاضطراب بداية محددة مثل الهوس.

٣- **الفصام (النوع الاضطهادي):** يوجد في هذا النوع من الاضطراب سرعة استثارة وغضب وأعراض ذهانية مما يجعل التمييز بينهما صعباً، ويلجأ الطبيب في هذه الحالة للبحث عن وجود تاريخ مرضي عائلي لاضطراب الوجدان أو تاريخ لنوبة سابقة شفي منها المريض تماماً، وذلك لترجيح تشخيص اضطراب الهوس.

٤- **نوبات الهوس الخفيف:** لا يكفي اضطراب الوجدان في هذه الحالة لإحداث إعاقة اجتماعية أو وظيفية أو يستلزم دخول المريض إلى المستشفى.

٥- **اضطرابات ثنائية القطبية (Bipaler Disorder):** يتميز بوجود نوبة واحدة أو أكثر من نوبات الهوس مصاحبة بنوبة واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى، ويوصف تشخيصياً إما بحسب الأعراض للنوبة الحالية (هوسي أو اكتئابي أو مختلط)، أو بحسب أحدث النوبات إذا كان الاضطراب حالياً في تحسن كلي أو جزئي، كما توصف النوبة من حيث شدتها ومصاحبتها بأعراض ذهانية من عدمها.

ويبدأ الاضطراب ثنائي القطبية عادةً باكتئاب، ويمر معظم المرضى بنوبات من الهوس والاكتئاب، ويمر نحو (١٠-٢٠%) من المرضى بنوبات هوس فقط، ويتميز الاضطراب ثنائي القطبية بأنه مرض متردد، وقد يترسب في بداية الاضطراب نوبات الهوس بعد أحداث مرسبة (ظروف حياتية ضاغطة)، وتبقى نوبات الهوس التي لم تعالج لفترة ثلاثة أشهر، لذلك يفضل استمرار العلاج طوال هذه الفترة، وتقل الفترة بين النوبات بتقدم المرض، ولكن بعد خمس نوبات تقريباً تصبح الفترة بين النوبات ثابتة من (٦-٩) أشهر تقريباً.

التشخيص الفارق:

الاضطراب الدوري السيكلوثيميا (Cyclothymia):

توجد نوبات عديدة من الاكتئاب الوجداني أو فقدان الاهتمام والابتهاج الذي لا يتفق مع مواصفات نوبات الاكتئاب العظمى.

٦- الاضـــطراب الـــدوري (الســـيكلوثيميا) (Cyclothymia): يتميز باضطراب الوجدان المزمن (الذي استمر لمدة سنتين على الأقل أو سنة واحدة في الأطفال والمراهقيـــن) الشـــامل للعديـــد مـــن نوبات الهوس الخفيف وعدة فترات من الاكتـــئاب الوجدانـــي، أو عدم الاكتراث والاستمتاع بدرجة شديدة مدة لا تكفي لتشـــخيص نوبة الاكتئاب العظمى أو نوبة الهوس، ولكي تشخص السيكلوثيميا يلزم أن تكون مدة الإصابة بهذا الاضطراب على الأقل سنتين لا يخلو فيها من الأعراض الهوسية الخفيفة أو الاكتئابية لمدة تزيد عن شهرين.

ولا يوجـــد بـــرهان واضـــح على حدوث نوبة هوس أو اكتئاب عظمى خلال الســـنتين الأوليتيـــن من الاضطراب (إذ إن نوبة الهوس تشير إلى اضطراب ثنائـــي القطبية، ونوبة الاكتئاب العظمى دون نوبة هوس تشير إلى اضطراب ثنائي القطبية غير المصنف في مكان آخر) .

ولا تشـــخص الســـيكلوثيميا إذا كانت طارئة على أنها اضطراب ذهاني مزمن (مثل الفصام)، أو وجود سبب عضوي نشأ عنه الاضطراب.

ويعـــتقد بعض الباحثين أن السيكلوثيميا هي شكل خفيف من الاضطراب ثنائي القطبـــية، وذلـــك لعـــدم وضـــوح الحـــدود بيـــن الاضـــطراب ثنائي القطبية والســـيكلوثيميا، وتشبه الأعراض المصاحبة تلك الأعراض التي تصاحب نوبة الهـــوس والاكتـــئاب العظمـــى غير أنه لا يوجد خلل واضح في أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي، بل في بعض الحالات يكون الشخص أكثر أداءً وإنتاجاً وظيفـــياً واندماجـــاً اجتماعـــياً خـــلال نوبة الهوس الخفيف، ويحاول الشخص المصـــاب معالجـــة نفســـه بالمهدئـــات والكحوليات والمنشطات مما ينتج عنه الإدمان.

يـــبدأ اضـــطراب الســـيكلوثيميا عـــادة بدايـــة غير واضحة في سن المراهقة والرشـــد، وقـــد يصـــبح مزمـــناً، ويحدث قصوراً في أداء الشخص الوظيفي والاجتماعـــي خلال فترات الاكتئاب ولكن إلى درجة تقل كثيراً عما يحدث في

نوبـــات الاكتئاب العظمى، وأحياناً يتحول هذا الاضطراب إلى اضطراب ثنائي القطبية أو نوبات هوس أو اكتئاب.

٧- الاضطراب ثنائي القطبية غير المصنف في مكان آخر (N.O.S.):

يتمـــيز بوجود أعراض هوس أو هوس خفيف لا تتفق مع صفات الاضطراب ثنائي القطبية السابق تحديده، مثل:

١- حـــدوث نوبـــة هـــوس خفـــيف مع نوبة اكتئاب عظمى واحدة، ويطلق على هذه الحالات الاضطراب ثنائي القطبية الثاني (II).

٢- حـــدوث نوبـــة واحدة أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف دون تاريخ لنوبة هوس أو اكتئاب عظمى، ولا يتفق مع صفات الاضطراب الدوري السيكلوثيميا.

٣- حـــدوث نوبـــة هوس طارئة على اضطراب ضلالي أو بقايا فصام أو اضطراب ذهاني غير مصنف في مكان آخر.

ثانياً: الاضطرابات الاكتئابية

(Depressive Disorders)

١- نوبة الاكتئاب العظمى (Major Depressive Episode):

أهم ملامحه هو الاكتئاب الوجداني والحزن المقيم أو اليأس وفقدان الحماس وعدم الاكتراث بأي نشاط، حيث يصف الشخص شعوره بالحزن والاكتئاب، وفي بعض الحالات قد ينكر الشخص هذا الشعور، كما يفقد اهتمامه بالأنشطة التي كان يمارسها في السابق.

وهناك أعراض أساسية تميز نوبات الاكتئاب العظمى بالإضافة إلى ظهور أعراض مصاحبة تدوم لمدة أسبوعين على الأقل، وهذه الأعراض تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي للشخص عن أدائه السابق، وتكون ثابتة في أغلب ساعات اليوم خلال فترة الأسبوعين، وتشمل الأعراض الأساسية ما يأتي:

١- **اضطراب الشهية للطعام وتغير الوزن:** غالباً ما يكون بفقدان الشهية، ولكنهـــا

تـــزداد أحـــياناً بدرجة واضحة، ويصاحب فقدان الشهية نقص في الوزن، وفي حالـــة الطفل المصاب فإن وزنه يكون دون المستوى الطبيعي لـــه، ويصاحب زيادة الشهية عادة زيادة في الوزن.

٢- **اضـــطرابات الـــنوم**: غالباً ما يصاب بالأرق أحياناً أو بزيادة النوم، وقد يشمل الأرق صـــعوبة الدخـــول في النوم أو أرق يتخلل النوم، أما زيادة النوم فتكون بنوم المريض أكثر من المعتاد أو النوم المتنقل.

٣- **الفـــوران الداخلـــي**: وهو إما زيادة النشاط الحركي (Agitation) ويأخذ شكل عـــدم القدرة على الاستقرار في مكان واحد أو الطرق باليد، أو شد الشعر، أو حـــك الجلـــد، أو نقـــص النشاط الحركي (Retardation)، أو التبلد الحركي، ويأخذ شكل بطء في حركة الجسم، وبطء الكلام وتتخلله فترات من الصمت قبل الإجابة على الأسئلة، ويكون الكلام بصوت خافت وعلى نغمة واحدة ومختصراً جداً أو البكم.

٤- **خمول الطاقة والشعور بالإجهاد**: دون بذل مجهود جسمي، وتبدو أصغر المهام أمامه في صعوبة المستحيل.

٥- **فقـــدان الاعـــتداد بالذات والشعور بالذنب دون وجود سبب**: وصعوبة التفكير وانخفـــاض مســـتوى التركـــيز، ويتفاوت هذا الإحساس من مشاعر العجز إلى التقيـــيم الســـالب للـــنفس مـــع الشعور بالذنب الذي قد يصل أحياناً إلى درجة الضلال.

٦- **التفكـــير في الموت والانتحار**: حيث يتركز تفكيره بالموت وتفضيله على الحياة وتتولد لديه أفكار انتحارية أو خطة انتحارية، وقد ينفذها محاولاً الانتحار.

أمـــا **الأعـــراض المصاحبة** فتشمل: البكاء، القلق، سرعة الاستثارة، اجترارات وسواسية، انشغال المريض بصحته الجسمية، نوبات هلع ورهابات.

وقـــد توجـــد أحياناً أعراض ذهانية (ضلالات أو هلاوس) يكون محتواها عادة واضـــحاً ومتناســـقاً مع حالة الوجدان، فالضلالات الشائعة في الاكتئاب يكون

محتواها في أن الشخص مضطهد بسبب سوء أخلاقه أو عجزه الشخصي، وقد توجد ضلالات العدمية للعالم أو للشخص، وقد تكون ضلالات جسمية (كالتوهم بأنـــه مصـــاب بمرض السرطان أو مرض خطير آخر)، وقد تكون ضلالات الفقر.

وإذا وجـــدت الهـــلاوس فإنها تكون عابرة وقد تحوي أصواتاً تلومه، ونادراً ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متناسق مع حالة الوجدان.

أنواع نوبة الاكتئاب العظمى:

لتمييز أنواع نوبات الاكتئاب العظمى واستكمال وصفها توضح شدتها أو نوعها كما يلي:

١- **نوبـــة خفـــيفة:** حيـــث تكون الأعراض طفيفة وينتج عنها إعاقة وظيفية غير ملحوظة أو قصور طفيف في العلاقات الاجتماعية.

٢- **نوبة متوسطة:** حيث تكون الأعراض والإعاقة متوسطة الشدة.

٣- **نوبـــة شـــديدة بدون أعراض ذهانية:** حيث تكون الأعراض شديدة وينتج عنها قصور واضح في العلاقات الوظيفية والاجتماعية.

٤- **نوبة شديدة مع أعراض ذهانية:** ضلالات أو هلاوس، وهي إما:

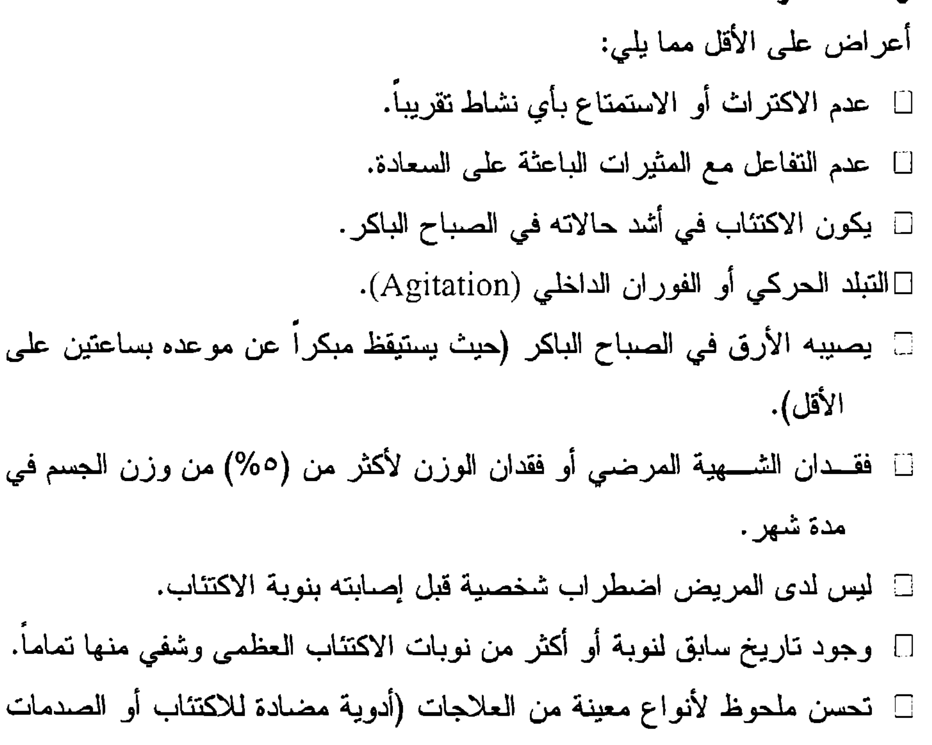
- متناســقة مـــع حالة الوجدان (Mood-Congruent)، ويكون محتواها الشعور بالذنب أو الرغبة بالموت، أو العدمية.
- غـــير متناسقة مع حالة الوجدان (Mood-Incongruent) لا تتضمن (الهلاوس والضلالات) محتوىً إكتئابياً، ولكنها تكون اضطهادية (لا علاقة لها بالاكتئاب) أو وضع أفكار في رأسه لا تعبر عن رأيه أو إذاعة أفكاره على الناس.

١- **نوبة في حالة هدأة جزئية أو كاملة.**

٢- **نوبة غير نوعية.**

٣- **نوبة مزمنة:** إذا بقيت النوبة لمدة عامين متواصلين.

٤- **نوبة النوع الميلانخولي (Melancholic):** ويتحدد هذا النـــوع بخمـــســـة



أعراض على الأقل مما يلي:

- عدم الاكتراث أو الاستمتاع بأي نشاط تقريباً.
- عدم التفاعل مع المثيرات الباعثة على السعادة.
- يكون الاكتئاب في أشد حالاته في الصباح الباكر.
- التبلد الحركي أو الفوران الداخلي (Agitation).
- يصيبه الأرق في الصباح الباكر (حيث يستيقظ مبكراً عن موعده بساعتين على الأقل).
- فقدان الشهية المرضي أو فقدان الوزن لأكثر من (٥%) من وزن الجسم في مدة شهر.
- ليس لدى المريض اضطراب شخصية قبل إصابته بنوبة الاكتئاب.
- وجود تاريخ سابق لنوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى وشفي منها تماماً.
- تحسن ملحوظ لأنواع معينة من العلاجات (أدوية مضادة للاكتئاب أو الصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات).

ويمكن أن يصيب اضطراب نوبة الاكتئاب العظمى الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر بما في ذلك مرحلة الطفولة المبكرة والرضاعة، ولكنه غالباً ما يبدأ في أواخر العشرينات، وتتفاوت بداية الإصابة من فجائية إلى تدريجية (حيث تكتمل الأعراض على مدى أيام أو أسابيع).

ويحدث هذا الاضطراب في الأساس على شكل نوبات متكررة تدوم كل واحدة منها من بضعة أشهر إلى بضع سنوات، وبين كل نوبتين يعيش المريض حياة عادية، وتتفاوت مدة الاكتئاب العظمى فالنوبة التي لا تعالج تبقى لمدة ستة أشهر أو أكثر، ويشفى المريض باضطراب نوبة الاكتئاب العظمى ويتحسن بشكل كامل، ويعود الشخص لسابق أدائه الوظيفي والاجتماعي.

ومع هذا، فقد يتخذ مسار نوبة الاكتئاب في نحو (٢٠%) من الحالات مساراً مزمناً لا تختفي أعراضه (Thornicroft & Sartorius 1993)، وخاصة إذا لم يتاح

العلاج الملائم، وتسمى هذه النوبات النوع المزمن، ويبلغ معدل تكرار النوبات عند من يشفون من أول نوبة نحو (٣٥%) خلال عامين، ونحو (٦٠%) خلال اثني عشر عاماً، ويكون معدل التكرار أعلى نسبة لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٤٥ عاماً.

ويعتبر الانتحار أحد النتائج الفاجعة على وجه الخصوص والمترتبة على الاضطراب الاكتئابي حيث ينهي نحو (١٥% -٢٠%) من مرضى الاكتئاب حياتهم بالانتحار (Goodwin & Jamison 1990).

التشخيص الفارق:

١- **اضطراب الوجدان العضوي الاكتئابي:** وجود سبب عضوي ناتج عن تعاطي دواء مثل (الرزربين)، أو عن عدوى مرضية (مثل الأنفلونزا) أو نقص إفراز الغدة الدرقية.

٢- **الخرف التنكسي الأولي (Primary Degenerative Dementia):** (مرض الزهايمر والخرف الناتج عن الاحتشاء المتعدد)؛ إذ إن أعراض اكتئاب الشيخوخة تشبه أعراض الخرف لوجود اضطراب الاهتداء والتبلد والشكوى من صعوبة التركيز والنسيان، وإذا كانت هذه الأعراض تشير إلى الخرف أكثر من الاكتئاب فيجب أن يكون التشخيص خرف مع اكتئاب.

أما إذا كانت الأعراض التي تشير إلى اكتئاب تعادل تلك الأعراض التي تشير إلى خرف فمن الأفضل أن تشخص نوبة اكتئاب وتفترض أن أعراض الخرف كاذبة، ويعالج على أنه اكتئاب، فإذا لم تتحسن حالة المريض فإن التشخيص المناسب يكون خرفاً مع اكتئاب.

٣- **تفاعل نفسي لخلل وظيفي مرتبط بمرض عضوي:** وجود إعاقة وظيفية، أو عاهة جسمية.

٤- **الفصام:** توجد عادة بعض أعراض الاكتئاب مع الفصام، ولكن إذا ظهرت نوبة الاكتئاب على أعراض الفصام المتبقية أو حدث لفترة قصيرة خلال المرحلة النشطة للفصام فيشخص على أنه اضطراب الاكتئاب غير المصنف

في مكان آخر، أو اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب، ولا تشخص نوبة اكتئاب عظمى.

ويصعب أحياناً تميز الفصام الكتاتوني المنسحب عن الاكتئاب .. وهنا يلجأ الطبيب للأعراض الإحصائية مثل التاريخ المرضي للشخص وإصابته بنوبة اكتئاب سابقة مع تمتعه بشخصية متكاملة قبل المرض والتاريخ العائلي للمريض.

٥- الاكتئاب العصابي (الديسثيميا) (**Dysthymia**):

هو اضطراب الوجدان المزمن الذي يتضمن اكتئاباً في أغلب فترات اليوم وفي معظم الأيام، ويستمر لمدة سنتين على الأقل في البالغين، وسنة على الأقل في الأطفال والمراهقين.

وتظهر مع هذا الاضطراب أعراض مصاحبة مثل: اضطراب الشهية واضطراب النوم ونقص الطاقة والشعور بالإجهاد و فقدان الاعتداد بالذات، صعوبة التركيز، صعوبة اتخاذ القرارات، الشعور بالعجز.

ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تكون الأعراض مستمرة لمدة سنتين لا تختفي خلالها مدة تزيد على الشهرين، ولا تتفق أعراضه مع أعراض نوبة الاكتئاب العظمى خلال هذه المدة، وأن لا يكون طارئاً على اضطراب ذهاني مزمن مثل الفصام وأن لا يعزى إلى وجود سبب عضوي.

وكثيراً ما يكون السبب الظاهري للاكتئاب العصابي هو اضطراباً نفسياً غير وجداني، أو قد يكون اضطراباً جسمياً، وتسمى هذه الحالات **بالنوع الثانوي** بينما تسمى تلك التي لا تعود إلى اضطراب آخر **بالنوع الأولي**.

تكون بداية الاكتئاب العصابي غير واضحة، وقد تبدأ قبل سن الحادية والعشرين، وتسمى البداية المبكرة، وقد تبدأ أحياناً عند هذه السن أو بعدها وتسمى البداية المتأخرة، ويتخذ هذا الاضطراب مساراً مزمناً وغالباً ما يطرأ على المصابين به نوبات الاكتئاب العظمى، ويطلق عليه اسم الاكتئاب

المضاعف (Double Depression)، وهذا ما يجعل المصاب به يبحث عن العلاج، وفي هذه الحالة يضع الطبيب التشخيصين؛ لأن الاكتئاب العصابي سوف يبقى بعد تحسن نوبة الاكتئاب العظمى.

ويسبب هذا الاضطراب إعاقة طفيفة لأنه مزمن، وفي حالات نادرة يحتاج المريض إلى دخول المستشفى، ولأن هذا الاضطراب مزمن .. فإن أخطر مضاعفاته هو الإدمان بسبب محاولة المريض علاج نفسه من خلال تعاطيه للكحول والأدوية والمنشطات.

التشخيص الفارق:

١- يصعب تمييز الاكتئاب العصابي عن نوبات الاكتئاب العظمى بسبب تشابه أعراضهما إلى حد كبير، والفارق بينهما أن نوبة الاكتئاب العظمى يقل فيها أداء الشخص المعتاد بصورة ملحوظة، بينما الاكتئاب العصابي خفيف الشدة، وقد لا يؤثر على أداء الشخص ويبقى لسنوات عديدة.

٢- تغيرات الوجدان الطبيعية: لا تؤثر هذه التغيرات بأي درجة على أداء الشخص وليست شديدة أو متكررة.

٦- **الاضطرابات الاكتئابية غير المصنفة في مكان آخر:**

وهي اضطرابات ذات ملامح اكتئابية لا تتفق مواصفاتها مع مواصفات أي من الاضطرابات الوجدانية المحددة، أو اضطراب التأقلم المصحوب باكتئاب وجداني، مثل :

١- نوبة الاكتئاب العظمى الطارئة على فصام متبقي.

٢- اكتئاب خفيف لا تتفق أعراضه مع أعراض الاكتئاب العصابي.

أسباب الاضطرابات الوجدانية:

لم تعرف أسباب الاضطرابات الوجدانية حتى الآن رغم الدراسات العديدة التي

أجريت لكشفها والتي تناولت النواحي البيولوجية والاجتماعية والنفسية والتي لوحظ أن الوجدان يتأثر بها .

أ- العوامل البيولوجية:

١- الجينات الوراثية: أجريت العديد من الدراسات على التوائم والأُسر من أجل التعرف على الأسباب الوراثية، فكشفت عن أدلة تشير إلى وجود عامل جيني له دور هام في نقل الاضطرابات الوجدانية، فقد لوحظ أن الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية ينتشران في عائلات معينة، حيث وجد أن هناك نسبة تتراوح ما بين (١٠-٢٠%) من أقارب الدرجة الأولى يعانون من الاضطراب ثنائي القطبية، وأن حوالي (٥٠%) على الأقل من مرضى الاضطراب ثنائي القطبية يكون أحد الوالدين مصاباً باضطراب الوجدان، وإذا كان أحد الوالدين مصاباً فإن أي واحد من أبنائه يكون معرضاً للإصابة باضطراب الوجدان بنسبة (٢٧%)، وتزداد هذه النسبة إذا كان كلا الوالدين مصاباً بهذا الاضطراب.

وتشير دراسات التوائم المتماثلة إلى وجود (٧٠%) من حالات الاكتئاب، وهناك (٢٣%) فقط من التوائم غير المتماثلة كانت تعاني من الاضطراب ثنائي القطبية.

إن هذه المعطيات تؤكد أهمية الأصول الجينية في حدوث الاضطرابات الوجدانية، وقد افترض بأنه جين جسدي أحادي سائد (Single autosomal dominant) أو أنه متعدد الأساس الجيني، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي (X-Linked) بسبب شيوع هذه الاضطرابات بين النساء أكثر من الرجال.

٢-الأمينات الحيوية: لوحظ أن هناك علاقة سببية بين الأمينات الحيوية في الدماغ وبين الاضطرابات الوجدانية، وذلك من خلال ما يلي:

- حـــدوث مـــرض الاكتئاب نتيجة لنقص الأمينات الحيوية، كما في حالة تعاطي دواء الرزربين.
- وجود اختلال في مخلفات أيض الأمينات الحيوية في الدم والبـــول والســـائـــل النخاعي الشوكي (C.S.F) لمرضى اضطراب الوجدان.
- نقـــص ناتج أيض النورأدرينالين لدى مرضى الاكتئاب، بينما يكون هذا الناتج مرتفعاً في (٥٠%) من مرضى الهوس.
- نقص تركيز ناتج السيروتونين (5HIAA.) في دماغ المكتئبين الذين انتحروا.
- وجود دور لبعض الناقلات العصبية من الأحماض الأمينية، خاصة الجابا (GABA)، والببتيدات النشطة عصبياً خاصة المورفينات الداخلية في بعض الاضطرابات الوجدانية.
- وجود علاقة بين تعاطي أقراص منع الحمل والاكتئاب، حيث يتحسن بإعطاء إنزيم البيريدوكسين (Pyridoxine) الذي يعمل كأنزيم مساعد في تخليق السيروتونين.

٣- اختلال النشاط الهرموني: أشارت بعض الدراسات إلى وجود اختلالات هرمونية في مرضى اضطراب الوجدان من خلال ما يأتي:

- زيـــادة فـــي إفـــراز الكورتـــيزون لـــدى بعـــض مرضى الاكتئاب في اختبار الديكساميثازون المثبط (Dexamethasone Suppression)، وهو استرويد خارجـــي يعمـــل على تقليل معدل الكورتيزون في الدم، مما يشير إلى وجود خلـــل فـــي المحـــور الطرفـــي الهايبوثلامـــي النخاعي الكظري (Limbic-hypothalamic-Pituitary adrenal).

وتوصـــل بعـــض الباحثيـــن إلى أن هناك علاقة بين أعراض اضطراب الوجدان واختلال هذا المحور، وإلى اختلال وظيفة الهايبوثلاموس وتغير النوم

والشهية والسلوك الجنسي والتغيرات البيولوجية في الغدد والمناعة.

كما شُبِّه بين بطء الحركة ونقص الوظائف المعرفية الذي يلاحظ في حالات الاكتئاب واضطراب النوى القاعدية كما يحدث في مرض الباركنسون.

- اكتئاب الدورة الشهرية وما قبلها ولوحظ توقف الدورة الشهرية في حالات اضطراب الوجدان الشديدة.
- نوبات الهوس أو الاكتئاب قد تصاحب مرض كوشنج (Caushing s Diseasc) أو تعاطي الكورتيزون.

٤- اختلال الأملاح (Electrolytes): حيث لوحظ زيادة الصوديوم المتبقي (Residual) في حالات الاكتئاب بنسبة (٥٠%) وفي حالات الهوس بنسبة (٢٠٠%).

ب-العوامل الاجتماعية والبيئية:

لوحظ أن الاضطرابات الوجدانية تتأثر كثيراً بالبيئة الاجتماعية للفرد وهناك مجموعتان من العوامل الاجتماعية التي تؤثر في حدوث هذه الاضطرابات ومدتها وعواقبها هما:

مجموعة العوامل المهيئة لحدوث الاضطرابات الوجدانية وهي التجارب والمواقف والظروف الحياتية الضاغطة التي يتعرض لها الشخص في مرحلة الطفولة .. وما تلقاه من إشباع أو حرمان وما تعرض له من قسوة ومن فشل وإحباط أو فقدان لأحد الوالدين أو تصلب الأم في معاملة الطفل والتربية الاعتيادية، كلها تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية.

والمجموعة الثانية **للعوامل المسببة للمرض** التي يسميها علماء النفس العوامل المفجرة أو المعجلة بظهور المرض وحدوث الاضطراب، إذ إن الأشخاص يمرون بسلسلة من الأحداث الهامة طوال حياتهم منها ما هو سار

مثل الترقية في العمل، ومنها ما هو محزن (مثل وفاة شخص عزيز أو فشل في ميدان الأعمال)، وقد لوحظ تلاحق أحداث الحياة قبيل إصابة الشخص بالاضطرابات الشخصية.

ج-العوامل النفسية:

هناك عوامل نفسية تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية منها:

عدم النضج الانفعالي للشخص، ثنائية المشاعر، الشعور بالعجز المتعلم، الفهم الخاطئ للخبرات الحياتية، عدم الاعتداد بالذات وتقويم النفس السالب، التشاؤم واليأس.

العلاج:

في خطة العلاج يجب أن يضع الطبيب في اعتباره خطورة المريض، فقد يستلزم إدخال المريض إلى المستشفى في حالات النوبات الشديدة، لأن المريض يشكل خطراً على نفسه بسبب ميوله الانتحارية، أو على المحيطين به (القتل) ويبقى تحت المراقبة المستمرة.

أما في الحالات الأخرى فتتمثل أهداف العلاج في تخفيف الأعراض والوقاية من الانتكاسات وزوال الأعراض تماماً في نهاية المطاف، ويتألف العلاج من:

١-العلاج الكيميائي والفيزيائي:

أ-علاج نوبات الهوس:

- إعطاء المريض الأدوية المضادة للذهان من أجل تهدئته، (مثل مجموعة الفينوثيازين) أو (البيتيروفينون)، أو العلاج بالصدمات الكهربائية (E.C.T).
- العلاج بأملاح الليثيوم: حيث ثبتت فعاليتها في علاج حالات الهوس، ويجب أن يستمر العلاج بالأدوية المضادة للذهان لمدة أسبوع مع أملاح الليثيوم، (وذلك لأن الليثيوم لا يؤثر في الجهاز العصبي قبل خمسة أيام من

تعاطيه).

ب-علاج الاكتئاب:

- العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب:

تعتبر الأدوية المضادة للاكتئاب ناجحة في معالجة جميع أشكال نوبات الاكتئاب، ويبلغ معدل الاستجابة العام لمعالجة نوبات الاكتئاب المتوسطة نحو (٧٠%)، ويقل معدل الاستجابة العام في نوبات الاكتئاب الشديدة.

وتشـــمل الأدوية المضادة للاكتئاب أربع مجاميع هي منشطات الجهاز العصـــبي، والمركبات ثلاثية الحلقات (ADTs)، ومثبطات الإنزيم المؤكســـد للأمينـــات الأحادية، بالإضافة إلى الأدوية المضادة للاكتئاب الحديثة.

وتظهر الدراسات أن الأدوية المضادة للاكتئاب الأقدم (ثلاثية الحلقات) ناجحة في معالجة حالات نوبات الاكتئاب مثلها مثل الأدوية المضادة للاكتئاب الحديـــثة التـــي تســـتعمل لعلاج نوبات الاكتئاب الشديدة، إذ إن آثارها الجانبية الضارة قليلة، وهي تحظى بقبول أكثر من المرضى.

وقد تكون لهذه الأدوية ميزات لدى الطاعنين في السن، ويعتمد اختيار الدواء المناسب على الاستجابة السابقة للمريض أو على نوع الاكتئاب كيميائياً، فـــإذا كـــان الاكتئاب أدرينالي (Adrenergic) (يتميز بزيادة النشاط والحركة وعـــدم الاســـتقرار وزيـــادة مخلفات أيـــض النورأدرينالين (٣-ميثوكس ٤- هيدوكس فينيل غليكول (M.Hp.G) في البول) فيوصف له دواء الأميتريبتيلين (Amitriptyline).

أما إذا كان الاكتئاب سيروتوني (Serotonergic) (يتميـــز بالكســـل والبلادة وكثرة النوم وزيادة مخلفات أيض السيروتونين (٥- هيدروكس اندول حامض الاسيتيك (5H.IA.A) في البول) فيوصف لـــه دواء الأميبـــراميـــن

(Imipramine).

وتتطلب المرحلة الشديدة من الاكتئاب فترة تتراوح من (٦-٨) أسابيع من العلاج الكيميائي (الدوائي)، ويتم فيها فحص المريض مرة في كل أسبوع أو أسبوعين وربما أكثر من ذلك في المراحل الأولية، وذلك من أجل رصد الأعراض ومتابعة الآثار الجانبية للأدوية والقيام بتعديل الجرعات حسب حاجة المريض، بالإضافة إلى تقديم الدعم والإسناد له.

-العلاج بالصدمات الكهربائية (E.C.T):

يستعمل هذا النوع من العلاج بشكل خاص في حالات الاضطراب الاكتئابي الذي يكون مصاحَباً بميول انتحارية وحالات الاكتئاب الشديد، حيث تستخدم الصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات بالإضافة إلى الأدوية المضادة للاكتئاب.

٢- العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي من الوسائل المهمة في علاج حالات الاكتئاب بصفة خاصة، فهناك عدة أشكال من العلاج النفسي القصير المدة تضاهي في كفاءتها فعالية الأدوية التي تستعمل في حالات الاكتئاب الخفيفة والمتوسطة .. وتشمل هذه العلاجات العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي القائم على المقابلات الشخصية، وتركز على التعاون النشط وتثقيف المرضى.

ويهدف العلاج النفسي إلى تفريغ الشحنة الانفعالية العدوانية المتوجهة نحو الذات، وتقليل حدة الصراع بين الأنا العليا والأنا وتقليل الشعور بالذنب،ومساعدة المريض على الارتباط بالواقع وعدم العزلة وتعديل أفكاره تجاه نفسه والآخرين.

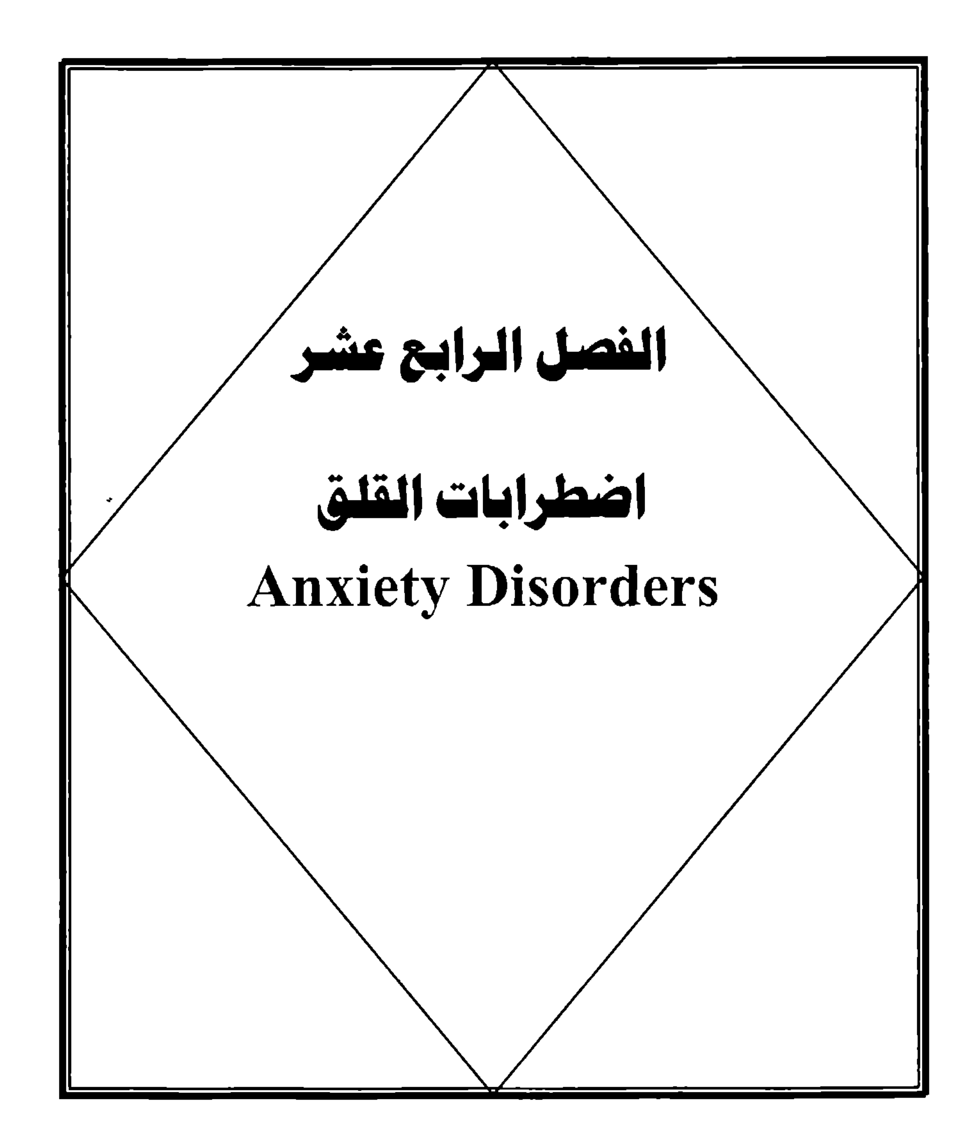
ويكون العلاج النفسي في حالات الهوس علاجاً تدعيمياً، ويجب أن تلي مرحلة العلاج الكيميائي أو العلاج النفسي في المرحلة الشديدة من الاضطراب مرحلة تكون مدتها ستة أشهر على الأقل من العلاج المستمر يتم خلالها فحص المريض مرة أو

مرتين شهرياً.

ويتمثل الهدف الأساسي في مرحلة مواصلة العلاج هذه في الحيلولة دون حدوث انتكاس للمريض، أما الهدف النهائي فهو خمود المرض ثم الشفاء منه.

٣-العلاج الاجتماعي:

يهــدف إلــى مســاعدة المــريض اجتماعياً وحل مشاكله الاجتماعية وإحداث التغيرات البيئية المناسبة من أجل التقليل من معاناته.



الفصل الرابع عشر

اضطرابات القلق

Anxiety Disorders

اضطرابات القلق (Anxiety Disorders)

١- اضطراب الهلع (Panic disorders)

يتميز هذا الاضطراب بحدوث نوبات متكررة وغير متوقعة من الخوف الحاد والشديد التي تبقى عادة أقل من ساعة أو قد تستمر لعدة ساعات (في حالات نادرة)، وليس لهذا الاضطراب سبب عضوي.

تتكرر نوبات الهلع عدة مرات يومياً أو أسبوعياً، وقد تحدث نوبة واحدة يشعر المريض بعدها بخوف ثابت من حدوث نوبة أخرى، وهذا الاضطراب قد يكون قصير الأمد (عدة أسابيع أو أشهر قليلة)، أو قد يتكرر عدة مرات، وأحياناً قد يستمر لسنوات عديدة، يتحسن خلالها المريض بشكل جزئي أو كامل، ولوحظ أن أعراض نوبات الهلع تتفاقم بالإسراف في تعاطي الكافيين.

الأعراض:

تبدأ نوبات الهلع بداية مفاجئة تكون عادة في أواخر العشرينات من العمر، وتتميز بشعور شديد بالانقباض أو الفزع أو الخوف، وغالباً ما ينتاب المريض شعور بالهلاك المحتم يخبرها الشخص كشعور حاد بعدم الراحة، وتشمل أعراض نوبة الهلع ما يلي: ضيق النفس أو الشعور بالاختناق والانقباض والدوخة أو الشعور بالإغماء، وعدم الثبات والارتجاف، أو الرعشة وصعوبة البلع، أو الإحساس بالاختناق وسخونة الجسم، أو الارتجاف وألم في الصدر، أو الشعور بعدم الراحة وتسارع نبضات القلب والتعرق والغثيان، أو اضطراب المعدة والخدر، أو الإحساس بالتنمل واختلال الآنية، أو اختلال إدراك البيئة والخوف من الموت والخوف من أن يصبح مجنوناً، أو أن يحدث له شيئ لا يمكن التحكم فيه خلال النوبة.

ويحدث للشخص في معظم حالات اضطراب الهلع بعض أعراض الخوف من الأماكن المتسعة وهي:

- الخوف من التواجد في أماكن يصعب الهروب منها، والتي قد تكون فيها المساعدة غير متاحة إذا حدثت نوبة الهلع.
- الشعور بالخجل والارتباك الاجتماعي؛ ولهذا يحدث للمريض تخوف من السفر، أو من التواجد في مكان مزدحم، حيث يكون بحاجة إلى رفيق عندما يكون بعيداً عن البيت، وتكون نوبات الهلع مصاحبة بدرجات متفاوتة من العصبية وانقباض نفسي من النوبات، ويتركز انقباض الشخص على الخوف من حدوث نوبة أخرى، كما تصاحبها أعراض اكتئابية أيضاً، وفي بعض الحالات يصاحب هذا الاضطراب تدلي الصمام التاجي (Mitral Valve Prolapsc)، ولكن هذا لا يلغي تشخيص نوبات الهلع.

الأسباب:

أ- عوامل بيولوجية:

لقد شجع نجاح علاج اضطراب الهلع بالأدوية المضادة للاكتئاب على البحث في النواحي البيولوجية، وقد لوحظ نتيجة لذلك ما يأتي:

- لم تكشف فحوصات الغدد الصماء عن وجود شذوذ في اختبار الديكساميثازون المثبط (Dexamcthasone Suppression) لدى مرضى اضطراب الهلع.
- بطء في استجابة هرمون النمو عند تنشيطه بواسطة الكلونيدين ونقص في هرمون البرولاكتين ونقص الاستجابة لهرمون منشط الغدة الدرقية.
- حدوث نوبات هلع عند حقن لاكتات الصوديوم وريدياً لدى نحو (٧٠%) من مرضى الهلع و (٥%) فقط من الأسوياء، إذ إن اللاكتات تحدث زيادة غير طبيعية في النورأدرينالين للمرضى الذين لديهم قابلية، وقد استوحيت هذه الفكرة من ملاحظة أن مرضى القلق لديهم قدرة ضعيفة على أداء التمارين الرياضية، ويتكون لديهم حامض اللاكتيك أكثر من الأسوياء، وتحدث لهم أحياناً نوبات هلع بعد أدائهم التمارين الرياضية.
- لوحظ أن استنشاق ثاني أوكسيد الكربون يُحدث قلقاً وهلعاً لدى الأشخاص ذوي

القابلية رغم أن الأسباب في ذلك غير معروفة حتى الآن، إلا أن ثاني أوكسيد الكربون يزيد من نشاط خلايا الموضع الأزرق (Locus Cerules).

- كشفت دراسة تدفق الدم إلى المخ عن زيادة الدم المتدفق من نصف المخ الأيمن غير السائد والمنطقة المجاورة لقرن آمون (Hippocampus) في مرضى اضطراب الهلع ذوي النتائج الموجبة في اختبار حقن اللاكتات، كما لوحظ زيادة أيض المخ لدى هؤلاء المرضى، وهذه النتائج غير موجودة في مرضى اضطراب الهلع ذوي النتائج السالبة في اختبار اللاكتات وفي الأسوياء.
- لوحظ وجود تدلي في الصمام التاجي (Mitral Valve Prolapse) لدى (٥٠%) من مرضى اضطراب الهلع، بينما نسبة وجوده في عامة الناس هي (٥%) فقط، ويعتقد أن تدلي الصمام التاجي واضطراب الهلع لهما أساس جيني واحد، كما أن تسمم الغدة الدرقية يصاحب كلاً من اضطراب الهلع وتدلي الصمام التاجي، ولذلك يجب عمل فحوصات للغدة الدرقية.

ب- عامل الوراثة:

لعامل الوراثة دور مهم في إحداث اضطراب الهلع مما يدل على وجود أساس جيني لاضطراب الهلع، وقد لوحظ أن حوالي (١٥-٧٥%) من أقارب مرضى اضطراب الهلع من الدرجة الأولى يصابون بالمرض، وأن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (٨٠-٩٠%)، أما الأساس الجيني لرهاب الأماكن المتسعة فهو أقل وضوحاً رغم وجود تقارير تشير إلى أن (٢٠%) من أقارب المرضى من الدرجة الأولى قد يصابون بنفس الاضطراب.

ج- النظريات النفسية والاجتماعية:

- تفسر النظرية الدينامية نوبات الهلع على أنها وسيلة دفاعية غير ناضجة ضد المثيرات الباعثة على القلق مع خبرات حرمان وقلق انفصال في الطفولة والحيل الدفاعية للأنا المستخدمة هي الكبت والنقل والتجنب والترميز.
- وتفسر النظريات السلوكية نوبات الهلع والقلق على أنها استجابة مرتبطة

بالتقليد والمحاكاة، وتوفر المثال المثير للخوف مثل توفر نموذج والدي.

التشخيص:

يشخص الاضطراب من خلال حدوث نوبة واحدة أو اكثر من نوبات الهلع في وقت ما أثناء الاضطراب، وكانت غير متوقعة ولم تنشأ عن موقف كان الشخص فيه بؤرة اهتمام الآخرين.

وهذه الحالة لا تشخص اضطراب الهلع إلا إذا حدثت أربع مرات بنفس هذه المواصفات خلال فترة أربعة أسابيع أو نوبة واحدة أو أكثر من النوبات تتبعها مدة لا تقل عن الشهر يعاني فيها الشخص من الخوف من حدوث نوبة أخرى.

ويجب أن تشمل كل نوبة على الأقل على أربعة أعراض من أعراض اضطراب الهلع (النوبات التي تشتمل على أربعة أعراض أو أكثر تعرف بنوبات هلع مكتملة، أما النوبات التي تشتمل على أقل من أربعة أعراض فتعتبر نوبات محدودة الأعراض)، ويلاحظ الطبيب عدم وجود سبب عضوي نشأ عنه الاضطراب (مثل الأمفيتامين أو التسمم بالكافيين أو زيادة نشاط الغدة الدرقية).

أما **أنواع اضطراب الهلع** فتشخص تبعاً لما يلي:

أ- اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة **(Panic disorder)**:

ويشخص من خلال:

- تشابه أعراضه مع أعراض نوبات الهلع.
- رهاب الأماكن المتسعة: وهو خوف الشخص من التواجد في أماكن متسعة والتي يصعب الهروب منها، أو قد لا تتاح المساعدة في حالة حدوث نوبة الهلع (وكنتيجة لذلك يتخوف الشخص من الخروج إلى مكان مزدحم أو يحتاج لرفيق عندما يكون خارج البيت).

ب- اضطراب الهلع غير المصاحب برهاب الأماكن المتسعة:

- تتشابه أعراضه مع أعراض نوبات الهلع.

- غياب رهاب الأماكن المتسعة.

وتشخص شدة التجنب الرهابي للأماكن المتسعة كما يلي:

١- **تجنب خفيف:** يعيش الشخص حياة طبيعية، ولكنه يظهر تجنباً نسبياً، مثل سفره وحده عندما يضطر لذلك.

٢- **تجنب متوسط:** يُحدث التجنب تضيقاً في نمط حياة الشخص، حيث يستطيع أن يترك المنزل وحيداً ولكن ليس لمسافات بعيدة.

٣- **تجنب شديد:** حيث يجعل الشخص مرتبطاً بمنزله ولا يغادره دون صحبة أحد.

٤- **تجنب في تحسن جزئي:** في هذه الحالة لا يوجد سلوك تجنبي حالياً، ولكنه كان موجوداً بدرجة ما خلال الستة أشهر الماضية.

٥- **تجنب في تحسن كامل:** في هذه الحالة لا يوجد سلوك تجنبي حالياً ولا خلال الستة أشهر الماضية.

أنواع نوبات الهلع (من حيث الشدة):

١- **نوبات خفيفة:** إما أن كل النوبات التي حدثت في الشهر الماضي كانت محدودة الأعراض أو أنها كانت نوبة واحدة فقط.

٢- **نوبات متوسطة:** إذا كانت النوبات التي حدثت في الشهر الماضي متراوحة بين الخفيفة والشديدة.

٣- **نوبات شديدة:** إذا حدث على الأقل ثماني نوبات هلع خلال الشهر الماضي.

٤- **نوبات تحسن جزئي:** إذا كانت الحالة بين التحسن الكامل والخفيفة.

٥- **نوبات في تحسن كامل:** إذا لم تحدث نوبات هلع أو حتى نوبات محدودة الأعراض خلال الستة أشهر الماضية.

التشخيص الفارق:

١- الاضطراب العقلي العضوي: وجود أسباب عضوية قد تُحدث أعراضاً مشابهة، مثل نقص السكر في الدم وزيادة إفراز الغدة الدرقية، وورم القواتم

(Pheochromocytoma)،فيجــب أن لا تشــخص نوبات الهلع في حالة وجود هذه الأسباب.

٢- **حالات الانسحاب لبعض المواد المنومة**،مثل الباربتيورات (يجب ملاحظة تاريخ التوقف عن تعاطي المادة).

٣- **حــالات التســمم الناتج عن الكافيين والأمفيتامين**،فقد تحدث نوبات هلع (يجب ملاحظة تاريخ تعاطي المادة).

٤- **الرهاب البسيط**:تحدث للشخص نوبات هلع قبل أو عند التعرض للمثير المرهب، وتتفاوت شدة النوبة باقتراب المثير وابتعاده.

٥- **الــرهاب الاجتماعــي**:قد يحدث للشخص نوبات هلع تبدأ عندما يكون في موقف يكون فيه بؤرة اهتمام الآخرين، بينما لا يحدث في نوبات الهلع ذلك.

العلاج:

يعالَج الهلع بالأدوية المضادة للاكتئاب (ثلاثية الحلقات أو مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (M.I.O.I)، ويعتبر دواء الإميبرامين (Imipraminc) أكثر الأدوية المضادة للاكتئاب ملاءمة، وهناك دراسات تشير إلى أن دواء الديسيبرامين (Desipraminc) أكثر فعالية وأقل أعراضاً جانبية، وكذلك الفينيلزين (Phenelzinc) وهو أحد مثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، وفي الحالات التي لا تستجيب للأدوية المضادة للاكتئاب السابقة يستعمل دواء البروبرانولول (Propranolol)أو البارازولام (Alparazolam).

ويجــب أن يستمر العلاج لمدة ستة أشهر إلى سنة بعد الشفاء ثم يوقف العلاج تدريجياً، وإذا عادت الأعراض يعاد إعطاء العلاج ثانيةً.

وفي حالات رهاب الأماكن المتسعة دون نوبات هلع فإن العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب فقط لم يسجل نتائج إيجابية، لذلك فإن العلاج يكون في هذه الحالات

بالأدوية بالإضافة إلى العلاج النفسي المتضمن العلاج السلوكي الذي يعرف باسم التشريط أو الإشتراط المضاد أي التعلم الشرطي المضاد وسلب الحساسية، ويتم ذلك من خلال تعريض المريض للموقف المسبب للرهاب، بالإضافة إلى ممارسة تمارين الاسترخاء (Formal Muscle Relaxation) أو تمارين التصوف.

وكذلــك العــلاج النفسي التبصيري الذي يتم من خلال إفهام المريض المعنى اللاشعوري للقلق لديه وما يرمز إليه الموقف التجنبي والحاجة إلى كبت النزعات.

٢-رهاب الأماكن المتسعة غير المصاحب باضطراب الهلع (Agoraphobia Without History Of Panic Disorder)

يتميز هذا الاضطراب بحدوث رهاب الأماكن المتسعة من دون تاريخ سابق أو حالي لاضطراب هلع، ورهاب الأماكن المتسعة هو خوف الشخص من أن يتواجد في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو قد لا تكون المساعدة متاحة فيها عند حدوث الأعراض فجأة، وقد تكون هذه الأعراض معوقة أو مربكة إلى حد كبير، ونتيجة لهذا الخوف فإن الشخص إما أن يحد من تنقلاته أو يحتاج إلى رفيق عند خروجه من البيت، وأكثر المواقف شيوعاً في رهاب الأماكن المتسعة هو الخروج من البيت وحيداً أو التواجد في مكان مزدحم، ويخاف الشخص عادة من حدوث نوبة ذات أعراض محدودة، كأن يعاني من الدوخة أو اختلال الآنية أو اختلال إدراك البيئة أو قد يفقد السيطرة على المثانة أو الشرج أو التقيؤ.

وقد تكون هذه الأعراض قد حدثت للشخص قبل ذلك في بعض الحالات ويتخوف من حدوثها مرة أخرى، أو أن هذه الأعراض لم تحدث من قبل ولكن الشخص يخاف من احتمال حدوثها، ويصاحب هذا الاضطراب أعراض اضطراب الشخصية التجنبية بصورة خاصة ويبدأ هذا الاضطراب عادة في العشرينات أو الثلاثينات من العمر ويبقى لعدة سنوات، ويكثر انتشاره بين الإناث عنه بين الذكور، وتكون الإعاقة فيمن يمثلن للعلاج شديدة، وقد يحدث لهم اضطراب هلع.

٣-الرهاب الاجتماعـــي
(Social Phobia)

الرهاب بشكل عام هو عبارة عن مخاوف داخلية غير منطقية ينتج عنها تجنب شعوري لموضوعات معينة مخيفة، وهذا الخوف والسلوك غير متوافق مع الأنا للمريض الذي يعي أن هذا الخوف هو خوف غير حقيقي وغير منطقي.

أما الرهاب الاجتماعي فهو عبارة عن خوف الشخص من الخزي أو الارتباك في موقف عام، وينتج عن ذلك شعور بالخوف الثابت من المواقف التي قد يتعرض الشخص فيها لنقد الآخرين، وقد يكون الرهاب الاجتماعي محدوداً، مثل عدم القدرة على التحدث في جمع عام، أو الاختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين، أو ارتجاف يده عندما يكتب أمام الآخرين.

ويشترط في الرهاب الاجتماعي أن لا يكون سببه وجود اضطراب آخر، مثل الخـــوف من حدوث نوبة هلع في اضطراب الهلع أمام الآخرين، أو الخوف من ظهور الرعشة في حالة مرض الباركنسون.

ويحـــدث القلـــق المـــتوقع فـــي حالة الرهاب الاجتماعي إذا فوجئ الشخص بضـــرورة دخوله إلى مكان مرهب له، فيجتنب هذا الموقف عادة، وأحياناً يضطر نفسه إلـــى اقتحام الأماكن أو المواقف التي تسبب له الرهاب، ولكنه يشعر بقلق حاد، ويخاف الشـــخص أن يلاحظ الآخرون علامات القلق لديه، وهذا ما يزيد من الخوف لديه، ومن ثـــم زيادة التجنب فتتولد لديه دائرة مفرغة من الخوف والتجنب، ويعي الشخص إلى حد ما أن خوفه هذا ليس له مبرر.

ينتشـــر هـــذا الرهاب بين (٣ %-٥%) من عامة الناس، ويستوي فيه الذكور والإنـــاث، ويبدأ في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، وقد يصبح في بعض الحـــالات مزمناً، ولكن في حالات أخرى يقل كثيراً عندما يصل الشخص إلى منتصف العمـــر، وفي حالات نادرة يكون هذا الاضطراب شديداً، وقد يتداخل مع أداء الشخص

الوظيفـــي أو مع أنشطته الاجتماعية المعتادة أو مع علاقاته مع الآخرين بسبب سلوكه التجنبي، ويتم تشخيص هذا الاضطراب من خلال رؤية حدوث هذا التداخل.

الأسباب:

أ- **العوامـــل البيولوجـــية:** أجريـــت العديـــد مـــن الدراسات لمعرفة دور العوامل البيولوجـــية فـــي التســـبب بالرهاب الاجتماعي، لكن هذا الدور لم يتبين إلا ما لوحظ في انتشاره بين الأقارب، وقد يشير هذا إلى احتمال وجود عوامل جينية تسبب الرهاب.

ب- **العوامـــل النفســـية والاجتماعـــية:** لقد فسر فرويد في نظريته للتحليل النفسي للـــرهاب بأنـــه يعود إلى استخدام دفاعات الأنا ضد الحوافز الأوديبية المحرمة وخـــوف الخصـــاء بواسطة النقل والتجنب، أي أن الخوف انتقل في هذه الحالة من الحوافز إلى مواقف معينة وتبعه تجنب لهذه المواقف.

أمـــا الـــنظرية الســـلوكية فتفسر الرهاب بأنه يعود إلى خوف حقيقي حدث في الماضـــي نشـــأ عـــن مثير مخيف فعلاً، وصاحب هذا الموقف مثير آخر غير مخـــيف (موقـــف أو موضـــوع)، وبتكرر هذه المصاحبة لعدة مرات تم ترابط المثيريـــن معـــاً، فأصـــبح ما يثيره أحدهما يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطاً بالخوف وباعثاً له بعد ذلك.

التشخيص الفارق:

١- تجنـــب الشخص لمواقف اجتماعية معينة تسبب طبيعياً الشعور بالقلق ، وهـــذا الشـــعور شائع لدى الكثير من الناس مع خوف بدرجة طبيعية من التحدث في جمع عام ولا تنطبق عليه مواصفات الرهاب الاجتماعي.

٢- فـــي اضطراب الشخصية التجنبية: قد يحدث أحياناً قلق ملحوظ وتجنب لمعظم المواقف الاجتماعية لدى المصابين باضطراب الشخصية التجنبية، ويؤخذ بنظر الاعتبار هنا الشخصية التجنبية مع الرهاب الاجتماعي.

٣- في الرهاب البسيط: يوجد هناك مثير للرهاب وليس الموقف الاجتماعي.

٤- في اضطراب الهلع المصاحب بخوف الأماكن المتسعة: قد يتجنب الشخص إقحام نفسه في مواقف اجتماعية معينة كالمطاعم والأماكن المزدحمة لخوفه من حدوث نوبة هلع.

العلاج:

يستخدم دواء الفينيلزين (Phenelzine) في علاج الرهاب الاجتماعي بالإضافة إلى دواء البروبرانولول (Propranolol) والأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات، وفي الحالات الشديدة قد يستلزم بالإضافة إلى العلاج الدوائي استخدام العلاج النفسي الذي يتم باتباع العلاج السلوكي، وذلك بسلب الحساسية التدريجي عن طريق تعريض الشخص لمواقف الرهبة بشكل تدريجي، أو عن طريق تعريض المريض للموقف المخيف دفعة واحدة في تخيل أو واقع، ويدعى هذا الأسلوب بالغمر (Flooding)، أو باتباع العلاج التبصيري الذي يجعل المريض مدركاً لمسبب الرهاب لديه، وظواهر المكسب الثانوي ورمزيته، فيجعله ذلك قادراً على إيجاد طرق أفضل للسيطرة على القلق، مع حث المريض وتشجيعه لأن يعرض نفسه لمواقف الرهاب.

٤-اضطراب الرهاب البسيط
(Simple Phobia)

يكون في هذا الاضطراب خوف ثابت من مثير محدد (موضوع أو موقف)، ويختلف عن اضطراب الهلع والرهاب الاجتماعي، واضطراب الرهاب البسيط شائع لدى معظم الناس، ولكن في حالات نادرة ينتج عنها إعاقة ملحوظة، وهو أكثر شيوعاً بين الإناث عنه بين الذكور، وأكثر الرهابات البسيطة انتشاراً هي رهابات الحيوانات وخاصة الكلاب والثعابين والحشرات والفئران، وتشمل الرهابات البسيطة رهبة رؤية الدم والجروح (Blood Injury Phobia)، ورهبة الأماكن المغلقة (Claustrophobia)، ورهبة الأماكن المرتفعة (Acrophobia)، ورهبة ركوب الطائرات، ويتجنب الشخص هذه المثيرات تجنباً للقلق، وفي بعض الأحيان قد يدفع

الشـــخص نفسه لاقتحام الموقف الذي يسبب لــه الرهاب، ويصاحب اضطراب الرهاب البســيط أعــراض الاغماءات الوعائية للعصب الحائر (Vasovagal) عندما يتعرض الشخص للمثير المرهب.

وتــبدأ معظــم هذه الرهابات في مرحلة الطفولة وتختفي دون علاج، فرهاب الحــيوانات يــبدأ غالباً في مرحلة الطفولة، ورهاب الدم يبدأ في مرحلة المراهقة، أما رهابــات الأماكن المرتفعة وقيادة السيارات وركوب الطائرات وغيرها، فتبدأ في نهاية الثلاثينات من العمر، وتختفي أغلب الرهابات البسيطة التي تبدأ في مرحلة الطفولة من دون علاج، أما ما يبقى منها إلى ما بعد البلوغ فنادراً ما يختفي من دون علاج.

وتكون الإعاقة المتسببة عن الرهاب البسيط للشخص طفيفة إذا كان من السهل أن يجتنــب هــذا الشخص المثير الباعث على الرهاب، مثل رهاب الثعابين والحشرات والقوارض، فبإمكانه أن يجتنب الأماكن التي توجد فيها الحيوانات المسببة للرهاب، أما إذا كــان المثــير شــائعاً ومنتشراً في بيئة الشخص، مثل الخوف من ركوب السيارات لشخص يعيش في المدينة، ففي هذه الحالة تكون الإعاقة شديدة مما يتطلب علاجاً.

الأسباب:

لقــد لوحــظ أن العوامــل المســببة للرهاب البسيط هي نفس العوامل المسببة للرهاب الاجتماعي والتي تقدم ذكرها.

التشخيص:

ويــتم تشخيص الرهاب البسيط من خلال ملاحظة خوف الشخص من مثير أو موقــف مــع تجنبه لهذا المثير بشكل يؤثر على نظام الشخص المعتاد أو على الأنشطة الاجتماعــية المعتادة، ويدرك الشخص أن خوفه غير طبيعي ومبالغ فيه وليس له علاقة بمحتوى وسواسي أو حادثة سببت انعصاب، ولكنه مع ذلك لا يستطيع التخلص منه.

التشخيص الفارق:

١- الفصام: يتجنب فيه المريض بعض الأنشطة، ويكون هذا التجنب استجــابـــة

للضلالات، ولكنه لا يتعرف على هذا الخوف كرهاب.

٢- **في الانعصاب التابع لحادثة:** يتجنب المريض المثيرات التي تكون مرتبطة بحادث معين فقط.

٣- **في اضطراب الوسواس القهري:** قد يكون التجنب مرتبطاً بالأشياء التي يعتقد أنها تنقل إليه العدوى أو التلوث.

العلاج:

تتم معالجة الرهاب البسيط بنفس الطرق المتبعة في علاج الرهاب الاجتماعي.

٥-اضطراب الوسواس القهري
(Obsessive compulsive Disorder)

أهم ما يميز هذا الاضطراب تكرار الوساوس أو الأفكار المزعجة المتسلطة على ذهن المريض، وتكون شديدة لدرجة تسبب لـه الإزعاج والقلق، إما باستهلاك الوقت أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد أو أدائه لوظيفته المهنية أو أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين، ولا يستطيع الشخص التخلص منها.

والوساوس عبارة عن تسلط أفكار مزعجة ثابتة أو نزعات أو خيالات لا يستطيع الشخص التخلص منها، ويعرف الشخص بأن أفكاره الوسواسية هذه من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج (كما يحدث في اضطراب القوة المتحكمة في التفكير)، وأكثر الوساوس شيوعاً هي الأفكار العنيفة المترددة (مثل فكرة قتل الأب لابنه) أو فكرة الإصابة ببعض الأمراض المعدية (مثل انتقال العدوى من مصافحة شخص أو عند لمس مقابض نوافذ الأبواب وغيرها)، أو الشك (مثل الشك من أنه فعل الشيئ أم لا)، أما الدفعات القهرية أو القسرية فهي سلوكيات متكررة غير هادفة يجد الشخص نفسه مساقاً لعملها رغم إرادته، وتتم كاستجابة لوسواس يحدث بشكل متكرر نمطي وذلك لتحاشي الشعور بالقلق، وغالباً ما يدور الوسواس حول فكرة ملحة أو خيال أو وهم أو دافع .. ويدرك الشخص أن سلوكه غريب أو أنه مبالغ فيه بشدة، ويتم الفعل القهري بإحساس ذاتي بالقهر الذي يصاحب الرغبة في مقاومة المسبب للوسواس،

ولا يحصل الشخص على لذة من الوسواس بالرغم من أنه يقلل التوتر، وأغلب الأفعال القهرية شيوعاً هي غسل اليدين بصورة مستمرة وعدّ الأشياء واللمس والهز، وينتاب الشخص شعور بتوتر شديد إذا حاول مقاومة الوساوس مما يدفعه إلى تخفيف هذا التوتر عن طريق ممارسة الفعل القهري.

وهناك أعراض تصاحب هذا الاضطراب أهمها الاكتئاب والتوتر والقلق ورهاب فيه تجنب لمواقف تشمل محتوى من الوساوس، مثل تجنب شخص لديه وساوس عن التلوث مصافحةَ الآخرين.

ويبدأ في سن المراهقة أو بداية سن الرشد، وأحياناً يبدأ في مرحلة الطفولة وتكون هذه البداية حادة في نصف الحالات، وعادة ما يتكتم المريض عن أعراضه ولا يمثل للعلاج إلا بعد سنوات، وقد يصبح هذا الاضطراب مزمناً، كما أنه يتميز بفترات متباينة من الهدوء والاشتداد ولكنه يتحسن بدرجة كبيرة أو متوسطة، وبعض المرضى يبقى الاضطراب لديهم كما هو أو قد تتفاقم أعراضه مما يصيبهم بالاكتئاب، وفي حالات نادرة يتحول الوسواس إلى فصام، ويرتبط تحسن المريض بحسن تكيفه الاجتماعي والوظيفي وغياب الأفعال القهرية في وجود وساوس مع وجود عامل مرسب وطبيعة متناوبة للأعراض، وينتشر هذا الاضطراب بين الذكور أكثر منه بين الإناث.

الأسباب:

أ- عوامل بيولوجية:

- وجود تاريخ لإصابة الدماغ أثناء الولادة لهؤلاء المرضى مما يدل على دور إصابة الدماغ في التسبب بالوسواس.
- كشفت دراسة النشاط الأيضي لمناطق الدماغ في مرضى الوسواس عن وجود زيادة في نشاط الأيض في بعض المناطق دون غيرها.

- لدى بعض مرضى صرع الفص الصدغي أعراض تشبه الوسواس.
- لوحظ وجود العديد من الشذوذات غير النوعية في صورة تخطيط الدماغ الكهربائي لهؤلاء المرضى، ويعتقد أنها متركزة في النصف الأيسر من المخ.
- وجود احتمال ضعيف للعامل الوراثي؛ إذ لوحظ أن هناك نسبة ضئيلة لانتشار هذا الاضطراب بين أقارب المرضى من الدرجة الأولى.

ب- عوامل نفسية واجتماعية:

- لقد وصف فرويد ثلاث حيل دفاعية للأنا تحدد شكل وكيفية حدوث الوسواس القهري هي:

أ- العزل الذي يحدث من أجل حماية الشخص من القلق من تأثير حوافز غريزية معينة، وعندما يتم العزل تماماً فإن هذه الحوافز وما يرتبط بها من مشاعر تكبت تماماً، وتبقى مجرد فكرة عديمة المشاعر وإن كانت مرتبطة بها.

ب- الإبطال الذي يرجع إلى التهديد الدائم بأن هذه الحوافز قد يفشل كبتها عن طريق خط الدفاع الأول، وهو العزل وتصبح طليقة فيواجه الشخص القلق، ولذلك يتكون خط الدفاع الثاني الذي يحاول إبطال هذه الحوافز الغريزية عن طريق الوسواس .

ج- التكوين العكسي الذي يكون دوره في تحديد نمط سلوك الشخص الظاهر والمواقف التي يعيها الشخص، والتي تعكس تماماً الحوافز الغريزية الكامنة خلفها.

- ينكص الشخص الوسواسي إلى طريقة بدائية للتفكير هي التفكير السحري، بالإضافة إلى وجود نزعات، أي أن وظائف الأنا (Ego) والغرائز (Id) تختل بهذا النكوص فيتصور هذا الشخص أن مجرد تفكيره في حدث ما في العالم الخارجي سوف يوقع هذا الحدث بدون فعل مباشر، وهذا ما يجعل مجرد

الشعور بنزعة العدوان مخيفاً لمرضى الوسواس القهري.

التشخيص الفارق:

١. **اضـطرابات الأكـل أو السـلوك الجنسـي (Paraphilias)** أو المقامـرة المرضـيـة، أو الإدمان، فعندما يندمج فيها الشخص بشدة قد يشار إليها بأنها فعـل قهري (Compulsive)، ولكن هذه الأنشطة ليست أفعالاً قهرية حقيقية؛ لأن الشـخص يحصـل على لذة من أي منها، وقد يرغب في مقاومتها بسبب نتائجها الضارة فقط، وكذلك الحال في هوس السرقة (Kleptomania).

٢. **فـي نوبـة الاكتـئاب العظمـى**: قـد توجد وساوس غير حقيقية (مثل الأفكار التشاؤمية)، ولكن لا توجد مواصفات الاكتئاب التشخيصية.

٣. **الفصـام**: تكـون فيه الأفكار مفرطة الغرابة ولا يمكن تغييرها بالنقاش؛ لأنها تصـل إلـى درجة الضلال، وإذا وجدت في بعض حالات الوسواس ضلالات مفرطة الغرابة وأعراض أخرى ليس لها علاقة بالوسواس فيوضع لهذه الحالة تشخيص إضافي هو الفصام.

العلاج:

يتم علاج الوسواس القهري باستعمال دواء الكلوميبرامين(Clomipramine)، ولهذا الدواء فعالية في علاج هذا الاضطراب، ويبدأ مفعوله بالظهور بعد مرور شهرين من بدء العلاج به، وتتراوح فترة العلاج من ستة أشهر إلى سنة، ثم يوقف العلاج بشكل تدريجي، وقد لوحظ أن العديد من المرضى ينتكسون بعد إيقاف العلاج الدوائي، ما يستعمل العلاج النفسي في علاج مرض الوسواس القهري؛ إذ إن كثيراً من أعراض الوسواس تتحسن بالعلاج النفسي التحليلي خلال مسار العلاج، وعند استبصار المرضى بنزعاتهم وتحولاتها عن طريق الحيل الدفاعية، كما أن العلاج النفسي التدعيمي مهم ، إذ إن المريض قادر على العمل والتكيف الاجتماعي، ويتم ذلك من خلال تكوين علاقة

علاجية مدعمة أسرياً بتوعية أفراد الأسرة لتجنيبه الضغوط الأسرية، ويتضمن النوع الثالث من المعالجة النفسية العلاج السلوكي الذي يتضمن فنيات سلب الحساسية (Desensitization) والغمر (Flooding) والتشريط المعاكس (Avcrsive Conditioning)،والذي أحدث تحسناً لدى (٧٠%) من هؤلاء المرضى.

٦- اضطراب الانعصاب التابع لحادث
(Post Traumatic Stress Disorder)

هو اضطراب يحدث لدى الشخص بعد تعرضه لصدمة أو حادث شديد لا تستوعبها خبرة الشخص المعتادة، ويمتاز بأعراض خاصة بعد تعرضه لصدمة بعينها وتشمل هذه الأعراض :

١) إعادة معايشة الحادث المسبب للصدمة والاستغراق في ذلك لدرجة ينعزل فيها عن العالم من حوله، ولا يستجيب له، وهذا ما يسمى بالخدر النفسي (Psychic numbing) أو الخدر الانفعالي (Emotional anesthesia)،ويبدأ عادة بعد الحادث الصادم، ويكون مصاحَباً بأعراض الاكتئاب والمرض.

٢) وجود تجنب ثابت للمثيرات المرتبطة به أو خدر في الاستجابات العامة لم يكن موجوداً قبل الحادث، ويبذل الشخص عادة مجهودات كبيرة لتجنب الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالحادث المسبب للصدمة، كما يتجنب الأنشطة أو المواقف التي توقظ ذاكرته بالحادث، وقد يشمل هذا التجنب النسيان النفسي لجانب مهم من الحادث.

٣) فقدان الانفعالات من أي نوع، وخاصة الشعور بالألفة والتعاطف والرفق.

٤) زيادة اليقظة والحذر، حيث يجفل لأتفه الأسباب.

٥) اضطراب النوم ويشمل صعوبة الدخول في النوم أو صعوبة مواصلة النوم بسبب ما ينتابه من كوابيس يعاد خلالها معايشة الحادث.

٦) ضعف الناحية الجنسية، حيث تتناقص القدرة الجنسية إلى حد كبير.

٧) الشعور بالذنب تجاه نجاته من الحادث (في حالة حدوث هلاك لمن معه).

٨) خلــل الذاكــرة الــذي ينــتج عن نقص الانتباه (القدرة على التركيز)، حيث يشكو البعض من صعوبة التركيز وإنهاء المهام.

٩) تغــير فــي التعبــير عن العدوان، قد يظهر هذا التغير في الحالات الخفيفة بشكل ســرعة اســتثارة أو خوف من فقدان السيطرة على النفس، أما في الحالات الشديدة فقد يظهــر بشكل انفجارات غير متوقعة من العدوان، أو قد تنعدم قدرة الشخص في التعبير عن مشاعر الغضب.

١٠) قد تظهر أعراض تشير إلى وجود اضطراب عقلي عضوي مثل النسيان وصعوبة التركيز والتقلب الانفعالي والصداع والدوار.

١١) قــد يظهــر على الشخص سلوك اندفاعي، مثل تغيير مكان عمله بشكل مفاجئ أو الانقطاع عن العمل بغير سبب أو تغيير أسلوب حياته بشكل ملحوظ.

يحــدث هــذا الاضطراب في أي مرحلة من عمر الإنسان بما في ذلك مرحلة الطفولــة، ويــبدأ عادة بعد تعرض الشخص لحادث صادم، وقد يحدث هذا الاضطراب بعــد الحادث بأسبوع أو قد يمتد إلى سنوات عديدة، وتتماوج أعراض هذا الاضطراب بمــرور الوقــت حيث تمر بفترات من الاشتداد وأخرى من الهدأة، وقد تزداد شدة هذه الأعــراض خــلال فــترات التعرض لضغوط نفسية، وتختلف الأعراض التي تصيب الشخص البالغ عن الأعراض التي تظهر على الطفل الذي يتعرض لحادث، فقد يصبح الطفــل أبكــم أو يرفض الكلام عن الحادث ويعاني من اضطراب النوم بسبب الأحلام المفــزعة المرتــبطة بالحــادث، وتبقى هذه الأحلام لعدة أسابيع بعد الحادث أو تظهر كوابــيس عامة، كما لوحظ تغير الاهتداء والنظرة المستقبلية، حيث يفقد الأمل وتصبح لديــه نظــرة تشــاؤمية للمستقبل، ويلاحظ الوالدان والمحيطون بالطفل نقص اهتمامه بالأنشــطة وتضــيق الوجــدان، كما تظهر أعراض لأمراض جسمية مختلفة مثل آلام المعدة والصداع وزيادة القلق.

الأسباب:

أهم أسباب هذا الاضطراب هو تعرض الشخص لحادث شديد يسبب صدمة لا

تتمكن خبرته من استيعابها مع توفر الظروف الاجتماعية والصفات الشخصية للمريض وقابليته البيولوجية.

وبشكل عام فإن الأطفال صغار السن والأشخاص كبار السن يجدون صعوبة في تحمل الظروف الضاغطة والأحداث الصادمة، كما أن الأشخاص الذين يرتبطون بعلاقات اجتماعية طيبة يكونون أقل عرضة لحدوث هذا الاضطراب، ويعتقد العلماء البيولوجيون بأن المرضى الذين يحدث لهم اضطراب الانعصاب التابع لحادث توجد لديهم قابلية لزيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل، فقد لاحظوا أن إعادة معايشة هؤلاء المرضى للحادث يصاحبها زيادة في إفراز الكاتيكول أمينات، كما كشف تخطيط الدماغ الكهربائي لهم أثناء النوم أن نومهم يشبه النوم في حالات الاكتئاب العظمى (نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) والمرحلة الرابعة من النوم بطيء الموجة).

وأشارت الدراسات الحديثة إلى أن الجسم يفرز شبه الأفيونات الداخلية خلال إعادة معايشة الحادث، وأن هذه الأعراض قد تكون نتيجة انسحاب شبه الأفيونات الداخلية.

وترى النظرية التحليلية أن الحادث ينشط صراعات داخلية مكبوتة من مرحلة الطفولة المبكرة، ويشمل ذلك الصدمات العاطفية التي يتعرض لها الطفل والتي أصبحت لاشعورية، وإعادة هذه الصدمات يسبب نكوصاً مع ظهور الحيل الدفاعية المصاحبة وهي الكبت والإنكار والإبطال، وتزداد إعادة المعايشة بواسطة الأنا لتخفيف القلق والسيطرة عليه إضافة إلى المكسب الثانوي الذي يحصل عليه من المحيطين به من تعاطف واهتمام وإشباع لحاجاته الاعتمادية، وهذا يدعم الاضطراب ويبقيه مستمراً.

التشخيص الفارق:

١- القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب العقلي العضوي: يجب وضع هذه التشخيصات بنظر الاعتبار إذا حدثت بعد وقوع حادث صادم.

٢- اضطراب التأقلم: يكون الحادث الصادم في هذا الاضطراب أقل شدة وتستوعبه خبرة الإنسان المعتادة، ولا يحدث إعادة معايشة للحادث مع غياب الأعراض

المميزة لاضطراب الانعصاب التابع لحادث.

العلاج:

تستخدم الأدوية المضادة للاكتئاب، مثل الأميتريبتيلين (Amitriptyline) والأميبرامين (Imipramine) والفينيلزين (Phenelzine) في علاج الانعصاب التابع لحادث خاصة إذا كان مصحوباً بأعراض اكتئابية أو أعراض مشابهة لأعراض اضطراب الهلع، كما أثبتت التجارب فعالية الكلونيدين (Clonidine) والبروبرانولول (Propranolol) في علاج هذا الاضطراب، وفي بعض الحالات يستلزم إعطاء الأدوية المضادة للذهان إذا لوحظ الفوران الداخلي في سلوك المريض.

كما يعتبر العلاج النفسي ضرورياً للشخص من أجل إفهامه الأعراض التي يعانيها ومساندته وطمأنته، كما يقلل من خطورة أن يصبح هذا الاضطراب مزمناً، وإذا كانت الأعراض شديدة أو لوحظ احتمال الانتحار (بسبب الشعور بالذنب فيستلزم هذا إدخال المريض إلى المستشفى).

٧- اضطراب القلق العام
(Generalized Anxiety Disorder)

يتميز اضطراب القلق العام بقلق حاد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول ظرفين على الأقل من ظروف الحياة، ويستمر هذا الاضطراب لمدة ستة أشهر أو أكثر يكون الشخص قد عانى خلالها من القلق في أغلب الأيام، وقد يستمر مدى الحياة (مزمناً).

يصيب هذا الاضطراب الأشخاص في جميع الأعمار، ولكنه يظهر بشكل واضح في العشرينات والثلاثينات من العمر، وينتشر بشكل كبير حيث تصل نسبة انتشاره إلى (٢-٥%) من الناس كافة، ولكن بعض الدراسات تشير إلى أن الاضطرابات الأخرى التي يكون القلق أحد الأعراض المصاحبة لها تضاف بعض حالاتها إلى هذه النسبة وأنه ليس بهذه الدرجة من الانتشار.

ويعتبر هذا الاضطراب مزمناً، وقد يستمر مدى الحياة، ويصيب الإناث أكثر من الذكور، والإعاقة التي تحدث من اضطراب القلق العام تكون خفيفة، ومن أهم مضاعفاته حدوث نوبات هلع أو إدمان للأدوية المهدئة بسبب محاولة المريض معالجة نفسية ذاتياً.

الأعراض:

تظهر أعراض التوتر العضلي وزيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل وأعراض الخوف والحذر، وهناك أعراض أخرى مصاحبة:

أ- أعراض التوتر الحركي:

- الارتجاف أو الرعشة وضعف العضلات أو الشعور بالاهتزاز.
- توتر العضلات أو آلامها.
- التوتر وعدم الاستقرار.
- سرعة الشعور بالتعب.

ب- أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل:

- تسارع نبضات القلب أو الشعور بها.
- تضيق النفس أو الشعور بالاختناق.
- جفاف الفم وصعوبة البلع.
- الدوخة أو الدوار.
- الشعور بالغثيان أو الإسهال أو اضطرابات معوية أخرى.
- سخونة الوجه واحمراره أو ارتجافات في الجسم.
- تعرق الكفين أو برودة الأطراف.
- كثرة التبول.

ج- أعراض الخوف والحذر:

- توقع الشخص حدوث مكروه وأنه على حافة الهاوية.
- صعوبة التركيز (Mind going blank).

- الأرق في بداية النوم أو خلاله.
- ســرعة الاستثارة، (وقد يأخذ هذا شكل القلق والترقب لدى الأطفال والمراهقين فيما يتعلق بالإنجاز الدراسي والرياضي والاجتماعي).
- استجابات الخض المبالغ فيها.

د- الأعراض المصاحبة:

تصــاحب هــذا الاضطراب عادة أعراض اكتئابية خفيفة، وقد تكون أعراض هلع، ولكن ليس لها علاقة باضطراب القلق العام.

الأسباب:

أ- العوامل البيولوجية:

لوحــظ أن هناك دوراً للجينات الوراثية (لا زال مثار جدل) في إصابة حوالي (٢٥%) مــن أقارب المرضى من الدرجة الأولى باضطراب القلق العام، ولكن لم تؤكد دراسات التوائم هذا الدور.

وهــناك افــتراض بــأن النورأدرينالين والجابا (GABA) والسيروتونين في الفــص الأمامــي والجهــاز الطرفــي من المخ يشتركون معاً في باثوفسيولوجية هذا الاضطراب، ويميل هؤلاء المرضى لأن يكون لديهم زيادة في نشاط الجهاز السمبثاوي وتكــون استجاباتهم مبالغاً فيها، كما لوحظ وجود شذوذات في تخطيط الدماغ الكهربائي خاصة في إيقاع ألفا وفي فرق الجهد المستحث.

وكشــفت دراسات تخطيط الدماغ أثناء النوم عن نقص النوم المتميز بموجات دلــتا البطيئة ونقص المرحلة الأولى من النوم بطيء الموجة، بالإضافة إلى نقص النوم المصــحوب بحــركة العيــن الســريعة، وتختلف هذه التغيرات عما يلاحظ في مرض الاكتئاب.

وقد بُنيت هذه التغيرات البيولوجية على قياسات موضوعية قورنت بوظائف الدماغ لدى مرضى القلق بالأشخاص الأسوياء ، ولم يتحدد بعد إن كانت التغيــرات

البيولوجية أولية أو ثانوية لتأثيرات القلق.

ب- العوامل النفسية الاجتماعية:

عرف فرويد القلق بأنه نزعة غير مقبولة تضغط للمثول والخروج، والقلق هو إشارة توقظ الأنا من أجل عمل دفاعات ضد هذه الضغوط القادمة من الداخل.

فعند زيادة القلق عن الحد الأدنى من الشدة المميز لوظيفته كمحذّر فإنه قد يظهر بكل شدته على شكل نوبات هلع، وإن استخدام الكبت بالشكل الأمثل سوف ينتج عنه استعادة للتوازن الفسيولوجي دون تكوّن أعراض، إذ إن الكبت الفعال يحتوي الغرائز وتأثيراتها المرتبطة بها وخيالاتها بشكل كامل ويدفعها إلى اللاشعور.

أما إذا فشل الكبت كدفاع فإن دفاعات أخرى (مثل النقل والقلب والنكوص) قد تنتج وتتكون الأعراض وهكذا تتكون صورة القلق.

وفي إطار النظرية التحليلية فإن القلق هو أحد الأنواع التالية:

١- قلق الغرائز (Id anxiety):

هو عدم الراحة الأولية المبهمة التي تنتاب الطفل عندما يشعر أنه مربك باحتياجات ومثيرات يشعر معها بأنه عاجز، ويسبب له هذا الشعور فقدان التحكم والسيطرة.

٢- قلق الانفصال (Separation anxiety):

وهو القلق الذي يعزى إلى مرحلة قبل أوديبية، ولكن الطفل أكبر عمراً من المرحلة السابقة، ويخاف من فقدان الحب أو أن يصبح منبوذاً من والديه إذا فشل في ضبط نفسه وتوجيه نزعاته لتتطابق مع قيمهم ومتطلباتهم.

٣- قلق الخصاء:

وهو القلق الذي يميز الطفل في الموقف الأوديبي المصحوب بخيالات ومخاوف الخصاء المرتبط بنمو نزعاته الجنسية، وقد يتكرر لدى البالغ في شكل مرضي.

٤- قلق الأنا الأعلى:

وهو نتيجة مباشرة للنمو النهائي للأنا الأعلى الذي يميز حل العقدة الأوديبية.

التشخيص:

يشخص اضطراب القلق العام في حالة غياب الأعراض النشطة باضطراب الوجدان وتوفر المواصفات الآتية:

١- وجود خوف شديد وانقباض من توقع حدوث مكروه حول ظرفين أو أكثر من ظروف الحياة، ويكون هذا الخوف مستمراً لمدة ستة أشهر أو أكثر، وكانت الأعراض مستمرة في أغلب الأيام.

٢- قد يوجد اضطراب آخر لا يكون القلق مترتباً عليه، فهذا القلق ليس خوفاً من حدوث نوبات هلع (كما في اضطراب الهلع) وليس خوفاً من التواجد في جمع من الناس (كما في الرهاب الاجتماعي) وليس خوفاً من انتقال العدوى (كما في اضطراب الوسواس القهري).

٣- عدم وجود سبب عضوي ينتج عنه هذا الاضطراب (مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية أو التسمم بالكافيين).

ويشخص هذا الاضطراب عند وجود تسعة أعراض على الأقل من أعراض اضطراب القلق العام (على أن لا يكون من بينها أعراض تحدث خلال نوبة الهلع فقط).

التشخيص الفارق:

١. القلق العضوي: مثل حالات القلق الناتجة عن زيادة نشاط الغدة الدرقية أو التسمم بالكافيين.

٢. اضطراب التأقلم المصاحَب بوجدان قلق: لا تشبه أعراضه بشكل كامل أعراض القلق، وتقل مدة الاضطراب عن ستة أشهر مع وجود عامل ضاغط معروف(Stressful factor).

٣. في الاضطرابات الذهانية واضطرابات الأكل واضطرابات القلق الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات عقلية أخرى عديدة يكون القلق والترقب الحذر أعراضاً واضحة، ولكنها تعزى بوضوح للاضطراب المسؤول عنها، بينما يشخص اضطراب القلق العام في حالة وجود القلق وأعراضه فقط دون وجود علاقة بأي اضطراب آخر.

العلاج:

من الأفضل تقليل وصف الأدوية المضادة للقلق العام قدر الإمكان بسبب طبيعة المرض المزمنة، مما يتطلب وضع خطة للعلاج بدقة، وتعتبر مجموعة البنزوديزابين (Benzodiazapines) حالياً هي المجموعة المفضلة في معالجة القلق، على أن تعطى عند الحاجة أو تعطى لفترة محدودة ثم توقف.

بالإضافة إلى أهمية دور العلاج النفسي والاجتماعي خلال هذه الفترة من أجل اكتشاف أسباب القلق والعمل على حلها؛ لأن الاستمرار في تعاطي هذه الأدوية يسبب الإدمان.

وتستخدم المهدئات العظمى (Antipsychotics) بجرعات صغيرة في علاج القلق، كما تستخدم مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية (B-adrenergicblockers)، مثل دواء البروبرانولول (Propranolol) والأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات (T.C.A.D) ومثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOR) ومضادات الحساسية (Antihistamincs).

ويتم علاج القلق من المنظور التحليلي من خلال العلاج التبصيري طويل الأمد، ويكون موجهاً نحو تكوين الطرح (Transference) الذي يسمح بإعادة العمل في مشكلة النمو وحل الأعراض المرضية، والعلاج السلوكي الذي يتركز في سلب الحساسية مع مداخل علاج معرفية هدفها إبطال التشريط بالإضافة إلى فنيات الاسترخاء وتعديل السلوك.

٨- اضطراب القلق غير المصنف بمكان آخر
(Anxiety Disorder not otherwise specified)

وهو اضطراب غير محدد بدلالات تشخيصية، ويصف الاضطرابات التي تكون مصحوبة بقلق واضح أو تجنب رهابي وغير مصنف كاضطراب قلق محدد أو اضطراب تأقلم مصاحب بوجدان قلق.

الفصل الخامس عشر

الاضطرابات جسدية الشكل

Somatoform Disorders

الاضطرابات جسدية الشكل
(Somatoform Disorders)

وهـــي مجموعة الاضطرابات التي تبرز فيها الأعراض الجسمية، وتشير إلى اضطراب جسمي، وليس لها سبب عضوي أو تغير فسيولوجي يفسرها، ولكن هناك ما يدل على ارتباطها بالحالة النفسية، وحدوث الأعراض ليس تمارضاً (Malingering) أو عن قصد (Factitious)، وتشمل:

١- اضطراب التشوه الوهمي للجسد
(Body Dismorphic disorder)

يتميز بانشغال المريض بتشوه متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر، وأكثر أنواع الشكاوى شيوعاً هي العلامات التي في الوجه، مثل وجود تجاعيد عميقة أو ندبات بارزة في الجلد أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم في الوجه، وفي حالات قليلة تكون الشكوى من شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى، وقد يُعَرِّض المريضُ نفسَه لعمليات جراحية تجميلية لا داعي لها.

ويبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة أو في الثلاثينات من العمر، ويبقى ثابتاً لعدة سنوات، وقد ينشأ عنه قصور في أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي.

وأهم الأعراض المصاحِبة هي زيارات المريض المتكررة لجرّاحي التجميل وأخصائيي الأمراض الجلدية كمحاولات للقيام بتصحيح التشوه، بالإضافة إلى ظهور أعراض اكتئابية وصفات الشخصية الوسواسية وتجنب المواقف الاجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه المتخيل.

الأسباب:

لم تُعرف العوامل المسبِّبة لهذا الاضطراب حتى الآن، ولكنه يفســر ديناميـاً

بوجود معنى لاشعوري مضخم للجزء المتصور وجود التشوه به، والتي يمكن تتبعها في مراحل النمو النفسي الجنسي المبكرة، ويتضمن الاضطراب حيلاً دفاعيةهامة هي الكبت والانشقاق والتشويه والترميز والإسقاط.

التشخيص:

يتم تشخيص الاضطراب المتوهم لتشوه الجسد بما يلي:

١- الانشغال بتشوه متخيل بالمظهر الخارجي لدى شخص ذي مظهر طبيعي أو وجود شذوذ طفيف ولكنه يبالَغ فيه كثيراً.
٢- لا يصل الاقتناع بالتشوه إلى درجة الضلال (كما في الاضطراب الضلالي).
٣- لا يستبعد وجوده خلال القهم العصابي (Anorexia nervosa) أو اضطراب عدم قبول جنسه (Transsexualism).

التشخيص الفارق:

١- الانشغال الطبيعي بالتشوهات في المظهر التي تحدث في سن المراهقة، مثل حب الشباب (Acne).
٢- نوبات الاكتئاب العظمى واضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعي قد يضخم الشخص بهذه الاضطرابات تشوهاته في المظهر، ولكنه ليس العرض السائد في الاضطراب.
٣- الاضطراب الضلالي الجسمي: يصل الاقتناع بالتشوه إلى درجة الضلال.
٤- القهم العصابي واضطراب عدم قبول الجنس: لا يكون الانشغال بتشوه الجسم.

العلاج:

يتم علاج هذا الاضطراب بواسطة العلاج النفسي، ولكن هؤلاء المرضى

يرفضون العلاج النفسي ويصرون على إجراء جراحات تجميلية لهم لإزالة التشوه المتخيل، ومن هنا يكون دور جراح التجميل في تشخيص هذه الحالات، حيث يتمكن من إعطائهم بمساعدة الطبيب النفسي أدوية مثل (بيموزيد) (Pimozide) و(أوراب) (Orap) ولهذه الأدوية فعالية في تقليل هذه الأعراض.

وأحياناً تفيد الأدوية المضادة للاكتئاب ومثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، وقد يلزم استمرار العلاج لفترة طويلة.

٢- اضطراب التحول أو عصاب الهستيريا

(Conversion disorder) Or

(Hysterical Neurosis, Conversion type)

ويتميز بتغير أو فقدان وظيفة جسمية تنتج عن صراع نفسي أو حاجة نفسية، ومثل هذه الأعراض الجسمية لا تعزى إلى مرض عضوي معروف أو أسباب باثوفسيولوجية، ويعي مريض هذا الاضطراب الأساس النفسي لأعراضه، ولكنه لا يتمكن من التحكم فيه بإرادته.

وأكثر أعراض هذا الاضطراب شيوعاً تلك التي توحي بمرض عصبي، مثل شلل الأطراف مع بقاء الجهاز العصبي سليماً، واحتباس الصوت حيث يعجز المريض عن النطق والكلام، ونوبات التشنج، واضطراب التحكم الحركي، والعمى الهستيري، والرؤية الأنبوبية (Tunnel vision)، وفقدان حاسة الشم (Anosmia)، وخدر أو تنمل في جزء أو كل الجسم.

وفي حالات نادرة تحدث الأعراض التحولية في الجهاز العصبي المستقل أو جهاز الغدد الصماء، فالتقيؤ يعتبر كعرض تحولي يمكن أن يمثل رفض وقرف، والحمل الكاذب (Pseudocyesis) يمكن أن يمثل وجود رغبة في الحمل والخوف منه معاً.

وتوجد آليتان لتفسير تكوّن الأعراض التحولية :

الأولى: المكسب الأولي (Primary gain)، حيث يحتفظ الشخص بصراعاته الداخلية أو حاجاته النفسية التي لم تجد طريقاً للتعبير عن نفسها، فتكبت من قبل الأنا في منطقة اللاشعور بعيداً عن دائرة الوعي.

وتوجد علاقة مبدئية بين المثير البيئي الذي له علاقة بالصراع النفسي أو الحاجة النفسية المكبوتة أو بدء تفاقم العرض، مثل الاستفزاز الذي يولد صراعاً داخلياً حول التعبير عن الغضب، فيعبر هذا الصراع باحتباس الصوت (Aphonia)، أو رؤية منظر صادم يثير صراعاً عنيفاً يعبر عنه بعمل هستيري.

الثانية : المكسب الثانوي (Secondary gain)، حيث تستعمل الأعراض الهستيرية على المستوى اللاشعوري من أجل حماية الذات، كالجندي الذي يشعر بالخوف والهلع في ساحة المعركة قد تصاب أطرافه بالشلل مع بقاء الجهاز العصبي سليماً فيجتنب حمل السلاح بالإضافة إلى ما يكسبه هذا من عطف المحيطين به واهتمامهم.

ويبدأ هذا الاضطراب في أي مرحلة من مراحل العمر، وتكون بدايته مفاجئة نتيجة تعرضه لموقف ضاغط، كما يكون الشفاء بشكل مفاجئ أيضاً، ويؤثر اضطراب التحول على أداء الشخص الوظيفي والحياتي، وكثيراً ما يعوقها؛ إذ إن الفقدان الطويل لوظيفة جسمية قد ينتج عنه مضاعفات حقيقية، مثل تقوس الأطراف أو ضمور العضلات المشلولة بسبب إهمالهما وعدم حركتهما.

الأسباب:

أ- **عوامل بيولوجية:** يعتقد البعض أن اضطراب التحول هو صورة اضطراب في يقظة جهاز المرضى العصبي المركزي، وإن الأعراض تنشأ من فرط اليقظة القشرية التي تولد تغذية مرتجعة سالبة بين القشرة المخية والجهاز المنشط الشبكي في جذع الدماغ وزيادة معدلات (Corticofugal output) الذي يثبط النبرات الحسية الحركية الصاعدة، وهكذا يقل الوعي بإحساسات الجسم التي

تظهر في بعض مرضى اضطراب التحول كنقص حسي.

ب- **عوامل نفسية:** تفسر النظرية التحليلية اضطراب التحول على أنه كبت الصراعات الداخلية اللاشعورية وتحويل القلق إلى عرض جسمي، ويقع الصراع بين رغبة غريزية (عدوانية أو جنسية)، وبين حرمة التعبير عنها أو منعها، فيظهر العرض ليسمح بالتعبير الجزئي للرغبة الممنوعة والتي لا يتقبلها المريض ولا يستطيع أن يواجهها شعورياً، أي أن العرض التحولي له علاقة رمزية بالصراع اللاشعوري.

التشخيص:

يتم تشخيص هذا الاضطراب بما يلي:

١- ملاحظة فقدان أو تغير في وظيفة جسمية بما يوحي باضطراب عضوي.

٢- وجود عوامل نفسية اجتماعية لها علاقة سببية مبدئية بالأعراض، ولها علاقة بصراع داخلي أو حاجة نفسية تسبب ظهور العرض أو تفاقمه.

٣- لا يكون الشخص متمارضاً ولا يقصد إحداث الأعراض.

٤- بعد إجراء الفحوصات اللازمة يلاحظ الطبيب عدم وجود أسباب عضوية أو مرض جسمي يفسر العرض.

٥- لا ينحصر العرض في الشعور بالألم أو اضطراب الوظيفة الجنسية.

التشخيص الفارق:

١. بعض الأمراض الجسمية ذات الأعراض الغامضة والمتعددة مثل التصلب المتناثر (Multiple Sclerosis) أو مرض الذئبة الحمراء الجهازي (Systemic lupus Erythematosus)، وخاصة في المراحل المبكرة من المسار فقد يخطئ الطبيب في تشخيصه على أنه اضطراب تحول.

ويتم تشخيص اضطراب التحول إذا كانت الأعراض لا تتفق مع أعراض

مـــرض جســـدي عضـــوي معروف، كالشكاوى التي تكون غير متناسقة مع الـــتوزيع التشـــريحي للجهاز العصبي أو وظيفة حركية جيدة لجزء من الجسم مفترض أنه مشلول أو عمى هستيري، لكن توجد استجابات سوية للبؤبؤ.

٢. الأمـــراض الجســـمية التي تلعب فيها العوامل النفسية دوراً هاماً، مثل القولون المتصـــلب (Spastic colon) أو أزمـــــة الـــربو الـــقصـــبي (الشـــعبية) (Bronchial asthma) لا يجـــب تشخيصها على أنها اضطراب تحول؛ لأن لها أسباباً مرضية محددة أو أسباباً باثوفسيولوجية مسؤولة عن الاضطراب.

٣. اضـــطراب التجســـيد ونـــادراً الفصام: عندما تعزى الأعراض لأي من هذين الاضطرابين لا يشخص على أنه اضطراب التحول .

٤. الاضـــطرابات الجنســـية: نظـــراً لصـــعوبة تحديد ما إذا كان اختلال الوظيفة الجنســـية يمثل تفاعلاً فسيولوجياً للقلق، أو أنه تعبير مباشر عن الحاجة النفسية أو الصـــراع النفســـي، بالإضافة إلى وضع كل الاضطرابات الجنسية معاً في مجموعة، فإن الأعراض التحولية التي تتضمن اختلالاً في الوظيفة الجنسية لا تشخص على أنها اضطراب تحول.

٥. الألـــم الجسمي الشكل: لاختلاف مسار المرض وعلاجه ونتائجه؛ فإنه يوضع كاضطراب منفصل وإن كانت أعراضه تدل على أنه عرض تحولي.

٦. توهـــم المـــرض: حيث توجد أعراض جسمية، ولكن لا يوجد فقدان أو تشوه فعلي لوظائف الجسم.

٧. اضـــطراب استحداث أعـــراض جسمية : تحدث الأعراض فيه عـــن قصـــد ويصعب تمييز نوبات صرعية هستيرية عن نوبات أخرى مستحدثة.

٨. ادعاء المرض: يكون فيه ادعاء المرض عن قصد ولهدف واضح .

العلاج:

يتم العلاج عن طريق إخبار المريض بعدم وجود خلل عضوي في جسده وأن العرض سوف يختفي مع الوقت.

والطريقة المثلى في علاج اضطراب التحول هو العلاج النفسي، وخاصة العلاج النفسي التحليلي الذي يهدف إلى استكشاف الصراعات النفسية الداخلية وفهم جوانبها ورمزية العرض وأسباب حدوثه، وهو مفيد جداً في علاج هذه الحالات مقارنة بعلاج التنويم المغناطيسي والأدوية المضادة للقلق، وتمارين الاسترخاء، فإنها جميعاً تفيد أحياناً ولكنها تزيل العرض بشكل مؤقت.

وقد يستلزم الحقن الوريدي لأميتال الصوديوم(Na. Amytal) لأخذ التاريخ المرضي خاصة في حالة الصدمات العاطفية، من أجل مساعدة المريض على إزالة الصراعات المكبوتة وإعادة معايشة الصدمة، ويلاحظ أن استمرار العرض لفترة طويلة يثبت العرض ويعوّد المريض على استمرار تقمص الدور المرضي.

٣- توهم المرض
(Hypochondriasis)

وهو الانشغال الشديد بالصحة والشكوى المستمرة من وجود أوجاع مبالغ فيها وليس لها صلة بينها وبين وجود مرض حقيقي في الجسم، مما يؤدي إلى الانشغال بالخوف أو الاعتقاد أنه لديه مرض خطير، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقي يبقى ثابتاً بالرغم من التأكيدات الطبية بأنه سليم معافى، ولكنه لا يصل إلى درجة الضلال.

وقد يحيل القلق الذي يعاني منه الشخص أصلاً إلى انشغال مزمن بوظائف جسمية في انتظار أن تظهر أعراض المرض المتوهم، فمرة يظن أن هناك خفقاناً في قلبه وهذا دليل على وجود مرض في القلب، أو أن أمعاءه تتحرك عليه وتؤلمه، وقد يكون ذلك دليل إصابته بالسرطان الذي يعمل فيه بطء، وهو يفسر بسرعة هذه

الأعــراض علــى أنهــا علامــات للمرض الذي يخشاه مما يجعله يتردد على الطبيب ويصف له حالته ويصف له الأعراض ويتبرع بالتشخيص.

وقــد يشــمل المرض للمتخوِّف منه عدة أجهزة جسمية، وقد يتركز الانشغال بعضــو واحــد كمــا في حالة عصاب القلب (Cardiac Neurosis) التي يخاف فيها الشخص أو يعتقد بأنه مريض بالقلب.

وهــذا الاضــطراب يجعــل المــريض يتردد على الأطباء بكثرة (Doctor shopping) وعندما يجزم له الطبيب بأنه سليم يخيب أمله فيه ويصيبه الإحباط، وغالباً ما يغيّر الطبيب، وتظهر على المريض أعراض القلق والاكتئاب وصفــات الشخصية والوسواسية.

يبدأ اضطراب توهم المرض في أي سن، خاصة لدى المراهقين والشيوخ بعد عمــر الســتين، ويصــبح فــي معظــم الحالات مزمناً مع مروره بفترات من الهدوء والاشتداد.

ويضــطرب أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي بسبب انشغاله بالمرض، وقد يصــبح فــي بعــض الحــالات طريح الفراش، وأحياناً يعرض نفسه لعمليات جراحية استكشــافية تحمل أخطاراً عديدة، أما الأطفال المصابون بهذا الاضطراب فيتم شفاؤهم تماماً في نهاية سن المراهقة.

الأسباب:

أ- العوامل البيولوجية: لوحظ زيادة معدل الإصابة بتوهم المرض بين التوائم المتماثلة وأقارب الدرجة الأولى للمريض، وهذا يشير إلى دور العامل الوراثي الجيني.

كما لوحظ أن لدى المصابين بتوهم المرض درجة احتمال منخفضة للألم (Threshold)، وأن تحملهم لمعاناة جسدية ضئيل جداً لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعي كضغط على البطن بالإصبع مثلاً يشعر به المريض

كأنه ألم في البطن.

ب- **العوامل النفسية:** تُرجع المدرسة التحليلية توهم المرض إلى أصول ديناميةِ، فالرغبات العدوانية توجَّه إلى شكاوى جسمية بعد كبتها وتحويلها بواسطة الحيل الدفاعية والأنا (الكبت والنقل) إلى اللاشعور.

ويعود غضب متوهِّم المرض إلى إحباطات الطفولة والحرمان أثناءها، ويعتبر توهم المرض دفاعاً ضد الشعور بالذنب والشعور بنقص اعتبار الذات.

ج- **العوامل الاجتماعية والثقافية:** قد يعتبر الدور المرضي حلاً لمشكلات عسيرة يواجهها المريض، فتُلتمس له الأعذار بأنه مريض، بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به واهتمامهم.

التشخيص:

١- انشغال المريض الشديد بصحته مع الخوف والاعتقاد بأن لديه مرضاً خطيراً بناءً على تفسيراته لأعراضه وتوقعاته لمرضه.

٢- يؤكد الفحص الجسمي الدقيق عدم وجود المرض الجسدي.

٣- لا يختفي الاعتقاد أو الخوف من وجود المرض بعد طمأنة المريض بأنه سليم.

٤- لا يصل الاعتقاد في هذا الاضطراب لدرجة الضلال كما في الضلالية الجسمية.

التشخيص الفارق:

يجب أن يميز توهم المرض عن كل من :

١- وجود مرض جسمي حقيقي: فقد يكون المريض مصاباً ببداية غامضة مرض جسمي حقيقي لا يمكن تفسيرها،مثل التصلب المتناثر (Multiple Sclerosis) أو اضطراب الغدد الصماء (الغدة الدرقية أو جار الدرقية)، أو مرض يؤثر في أجهزة عديدة من الجسم، مثل مرض الذئبة الحمراء الجهازية

(Systemic lupus Erythematosus).

٢- بعض الاضطرابات الذهانية، مثل الفصام ونوبة الاكتئاب العظمى المصاحَبة بأعراض ذهانية، وقد توجد ضلالات جسمية على الإصابة بالمرض، ولكن الاعتقاد لا يصل في توهم المرض إلى درجة الضلال، حيث يمكن أن يقتنع الشخص بأنه ليس مريضاً، وقد يصعب هذا التمييز في بداية الأمر.

٣- في الاضطرابات الذهانية والديسثيميا واضطراب الهلع واضطراب القلق العام واضطراب الوسواس القهري واضطراب التجسيد قد توجد انشغالات توهمية مرضـــية، ولكـــنها ليست لفترة طويلة، لكن عند وجود أعراض أيٍّ من هذه الاضطرابات مع أعراض توهم المرض فيُشخص كلاهما.

العلاج:

لا يعـــالج هـــذا الاضطراب بالأدوية إلا فـــي حالة وجود أعراض مصاحبة، مـــثل القلـــق أو الاكتئاب، وتتم المعالجة باتباع العلاج النفسي رغم أن هؤلاء المرضى يرفضون هذا النوع من العلاج، وإذا كان توهم المرض عرضاً ثانوياً لاضطراب نفسي آخر فيجب معالجة هذا الاضطراب.

٤-اضطراب التجسيد

(Somatization disorder)

هو اضطراب مزمن من الشكاوى الجسمية المتعددة التي ترتبط بالضغوط النفسية والاجتماعية، ويصاحب تكرار هذه الشكاوى البحث عن علاج طبي، وقد كان يسمى هذا الاضطراب سابقاً بمتلازمة بريكيه (Briquette s Syndrom)، وأحياناً هستيريا.

يعرض المريض شكواه عادة في شكل غامض وبطريقة مبالغ فيها أو كجزء من تاريخ طبي معقد تم تشخيص أعراضه فيه بتشخيصات طبية متعددة وأعطي العديد

من العلاجات من قِبل عدة أطباء.

وتتفاوت هذه الشكاوى، ولكنها تشمل الأجهزة الآتية:

أعراض عصبية كاذبة أو تحولية مثل (الشلل أو العمى)، والجهاز الهضمي (مثل آلام المعدة والبطن)، واضطرابات الجهاز التناسلي (مثل الآلام المصاحبة للدورة الشهرية)، وآلام الظهر وأعراض ترتبط بالصدر والقلب كالاختناق والدوخة.

ويبدأ اضطراب التجسيد في العقد الثاني من العمر، ونادراً في العشرينات ويتمثل ظهور الأعراض المبكرة لدى الإناث في أعراض اضطراب الحيض (الدورة الشهرية) ونادراً ما يتم التحسن التلقائي.

الأعراض:

١- أعراض خاصة بالجهاز الهضمي:

- الغثيان.
- التقيؤ (في غير أثناء الحمل).
- عدم تحمل العديد من صنوف الطعام.
- الشعور بالانتفاخ.
- الإسهال.
- ألم في البطن (في غير أوقات الدورة الشهرية).

٢- أعراض الألم:

- ألم في الرأس (غير الصداع).
- ألم في الأطراف.
- ألم في المفاصل.
- ألم في الظهر.
- ألم أثناء عملية التبول.

٣- أعراض الجهاز الدوري التنفسي:

- الدوخة.
- التنهد والتأوّه دون وجود ألم أو بذل مجهود.
- الشعور بنبضات القلب.
- ألم في الصدر.

٤- أعراض تحولية أو عصبية كاذبة:

- النسيان.
- الإغماء (أو فقدان الوعي).
- الصمم.
- ازدواج الرؤية واهتزازها.
- العمى.
- صعوبة في البلع.
- فقدان الصوت.
- التشنجات.
- اختلال التوازن أثناء المشي.
- ضعف العضلات أو الشلل.
- احتباس البول أو صعوبة التبول.

٥- أعراض جنسية لمدة طويلة:

- الشعور بحرقة في الأعضاء التناسلية.
- ألم أثناء الجماع.
- عدم التمايز الجنسي.
- العنة (البرود الجنسي).

٦- أعراض في جهاز المرأة التناسلي:

- ألم الدورة الشهرية.
- فترات من عدم انتظام الدورة الشهرية.
- نزف شديد أثناء الدورة الشهرية.
- التقيؤ الحاد خلال الحمل.

ويكون هذا الاضطراب مصاحَباً بأعراض مصاحبة مثل القلق والاكتئاب بالإضافة إلى السلوك المضاد للمجتمع والمشاكل المهنية والزوجية، وأحياناً توجد هلاوس بشكل سماع المريض لصوت يناديه باسمه، ولكن فهمه للواقع يكون سليماً، كما توجد صفات الشخصية الهستيرية في أغلب الأحيان، ونادراً ما توجد صفات الشخصية المضادة للمجتمع.

الأسباب:

أ- **عوامل بيولوجية:** لوحظ انتشار اضطراب التجسيد في التوائم المتماثلة وفي أقارب المريض من الدرجة الأولى، وهذا يشير إلى دور الجينات الوراثية في إحداث المرض.

ب- **العوامل البيئية والاجتماعية:** توفر النموذج الوالدي والتعلم الأسري يوحي للطفل أن يجسد معاناته، كما أن عدم الاستقرار الأسري والإيذاء البدني للطفل ينمي لديه ميول التجسيد.

ج- **العوامل النفسية:** حيث يتوقع بأن لدى مرضى اضطرابِ التجسيد خللاً مميزاً انتباهي ومعرفي ينتج عنه إدراك خاطئ وتقويم المداخل الحسية الجسدية فترصد أعراض غير حقيقية.

التشخيص:

١- وجود تاريخ مرضي لعدد من الشكاوى الجسمية أو الاعتقاد بأنه مريض، وهذه الشكاوى قد بدأت قبل سن الثلاثين واستمرت لعدة سنوات.

٢- وجود ما لا يقل عن اثني عشر عرضاً مرضياً من الأعراض المذكورة سابقاً، على أن لا تكون نتيجة لوجود مرض عضوي أو أسباب باثوفسيولوجية، وأن لا تكون خلال نوبة هلع أو تكون هذه الأعراض قد جعلت المريض يتعاطى علاجاً دوائياً عدا الأدوية المسكنة للألم.

التشخيص الفارق:

١- يجب على الطبيب قبل تشخيص هذا الاضطراب أن يستبعد الاضطرابات ذات الأعراض العابرة وغير المحددة، مثل التصلب المتناثر (M.S.) والذئبة الحمراء (S.L.E) والبرفيرية (Porphyria) وزيادة نشاط الغدة جار الدرقية والأمراض المعدية الجهازية المزمنة.

٢- قد يصاحب اضطرابَ التجسيد الفصامُ المصاحَب مع عديد من الضلالات الجسمية.

٣- اضطراب الهلع : حيث تكون الأعراض في إطار نوبة الهلع.

٤- اضطراب التحويل: يكون فيه عرض واحد أو أكثر من الأعراض التحولية في غياب أعراض اضطراب التجسيد.

٥- اضطراب استحداث أعراض جسمية: حيث يكون لدى الشخص شعور بأنه يتحكم في إحداث الأعراض.

العلاج:

لعلاج هذا النوع من الاضطراب يلزم تكوين علاقة طبية مع المريض طويلة الأمد من قبل طبيب واحد؛ لئلا يعطي تردده على عدد من الأطباء فرصة لتداخلات علاجية غير لازمة (مثل إجراء العمليات الجراحية).

كما أن دور العلاج النفسي مهم؛ لأنه يقلل كثيراً من اضطراب التجسيد لديهم ومن دخولهم المستشفيات، حيث يساعد المريض على تقبل الأعراض التي يشعر بها

ويتكيف معها، وهذا يزيل الشعور بها ويزيلها أيضاً.

بالإضـــافة إلــــى مساعدة المريض على حل مشاكله الحقيقية، ويجب تجنب إعطـــاء الأدويـــة النفسية والمسكنات، ولكن إذا كان هذا الاضطراب مصاحَباً بأعراض قلق أو اكتئاب فيمكن إعطاء الأدوية المضادة للاكتئاب.

٥-اضطراب الألم جسدي الشكل
(Somatoform pain disorder)

يتمـــيز هـــذا الاضــــطراب بانشغال المريض الدائم بالألم في غياب الأمراض الجسمية التي تشير إلى وجود عامل عضوي مسؤول عن الألم أو شدته، وهذا الألم إما أن يكـــون غـــير متناســـق مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبي أو يكون متناسقاً مع الـــتوزيع التشـــريحي، ولكـــن الفحص الدقيق ينفي وجود مرض معروف (مثل الذبحة الصدرية أو ألم عرق النسا).

ولـــيس لهـــذا الاضطراب سبب باثوفسيولوجي يعزى إليه، كما هو الحال في صداع التوتر (Tension hcadachc) الناتج عن تقلص عضلي، ويكون هذا الانشغال بألم شديد مستمراً لمدة ستة أشهر على الأقل.

وقد تكون العلاقة بين العوامل النفسية والألم ظاهرة في بعض الحالات، حيث توجد علاقة مبدئية بين بدء الألم أو اشتداده وبين الصراع النفسي أو الحاجة النفسية، أو قد تكون العلاقة غير ظاهرة.

وهـــذا الاضـــطراب يكون مصاحَباً بتغيرات حركية أو حسية (Paresthesia Spasm)، ومريض هذا الاضطراب يكثر من زياراته للأطباء من أجل الحصول على ما يخفف ألمه رغم طمأنة الأطباء له بعدم وجود مرض وأنه سليم معافى، فيبدأ بتعاطي المســـكنات دون أن تخفف من حدة ألمه، ويطلب إجراء عمليات جراحية لـــه ويرفض المريض عادة أن يعزي الألم إلى عوامل نفسية.

ويكثر في التاريخ المرضي لهؤلاء المرضى وجود اضطراب التحول، وفي حالات نادرة تكون الشخصية هستيرية وغير معبرة عن الانفعال، وغالباً ما يكون هذا الاضطراب مصاحَباً بأعراض الاكتئاب، حيث يضاف تشخيص نوبة الاكتئاب العظمى.

ويبدأ هذا الاضطراب في أي مرحلة من عمر الإنسان، ولكن يكثر حدوثه في الثلاثينات والأربعينات، وتكون بدايته مفاجئة وتزداد شدته بعد أسابيع عديدة أو أشهر، ويبقى ثابتاً لعدة سنوات.

الأسباب:

أ- عوامل بيولوجية:

يمكن للقشرة المخية أن تثبط روافد الألم، وربما يكون السيروتونين هو الناقل العصبي الرئيسي في التثبيط، ويحتمل أن يكون هناك دور تلعبه الأفيونات الداخلية في تعديل الشعور بالألم، وقد يكون نقصها هو المسؤول عن زيادة الألم.

ب- عوامل بيئية واجتماعية:

ترى نظرية التعلم بأن سلوكيات الألم تقوى عندما تكافأ، وأنها تضعف عندما يتم تجاهلها أو عقابها، فعندما يتعوّد الشخص على الاهتمام والرعاية من قبل المحيطين به إذا اشتكى من الألم، وتجنبه الأنشطة التي يكره مزاولتها، فإن هذه الشكوى سوف تقوى وتزداد لديه، وهذا ما تسميه المدرسة التحليلية بالمكسب الثانوي. والطفل الذي يعتاد على هذا المكسب يكون مهيأً لهذا الاضطراب، ومن ثم فإن التربية والبيئة المحيطة تنمي هذا الاضطراب أو تضعفه.

ج- عوامل نفسية:

ترى المدرسة التحليلية أن الألم هو معنى نفسي تكوّن من خبرات الطفولة، فهو إما طريقة للحصول على الحب أو عقاب للنفس تحت تأثير الشعور بالذنب،

ويستخدم المريض في ذلك حيلاً دفاعية هي النقل والاستبدال والكبت، وقد يكون لحيلة (التوحد) دور عندما يكون موضوع الحب لدى المريض يعاني ألماً، كما يكون لحيلة (الترميز) دور عندما يمثل الألم تعبيراً عن وجدان غير متبلور.

التشخيص:

١- الانشغال الدائم بالألم الذي يكون مستمراً على الأقل مدة ستة أشهر.

٢- لا يكشف الفحص المناسب عن وجود سبب عضوي أو أسباب باثوفسيولوجية تفسر حدوث الألم.

٣- عند وجود سبب عضوي، فإن شكوى المريض من الألم أو الإعاقة تكون مفرطة وغير مناسبة لما يحدثه هذا السبب العضوي من ألم.

التشخيص الفارق:

١- المـــثول الدرامي بألم عضوي: حيث يصعب تمييزه لقلة الأعراض الظاهرة، ولكن يوجد سبب عضوي ولا توجد أعراض الألم النفسي.

٢- فـــي التمارض (Malingering): يُحدث الشخص الأعراض بشكل مقصود لتناســب هدفــاً واضــحاً، كمدمــن الأفيون الذي يشكو ألماً جسمياً من أجل الحصول على الأفيون.

٣- الألم المرتبط بتقلص العضلات (مثل صداع التوتر): لا يشخّص كألم جسدي الشكل بسبب وجود أسباب باثوفسيولوجية تفسر هذا الألم.

العلاج:

تعتــبر الأدويـــة المضادة للاكتئاب مثل الأميتريبتيلين (Amitriptyline) أو الإميبراميــن (Imiprаminc) هي العلاج الأمثل؛ لأنها ذات فعالية في تقليلها للألم من خلال مفعولها المضاد للاكتئاب أو في تسكينها للألم مباشرة (بواسطة إثارتها للمسارات العصبية المثبطة للألم).

ويُجتنب إعطاء المريض الأدوية المسكنة للآلام أو الأدوية المهدئة أو المضادة للقلق؛ فهي لا تفيد في علاج هذه الحالة، بل تصبح مشكلة بعد فترة من تعاطيها؛ لأنها

تسبب الإدمان.

كما يساعد العلاج النفسي في تخفيف الألم عن طريق التغذية الحيوية المرتدة (Biofeedback) وتمارين الاسترخاء، بالإضافة إلى التنويم المغناطيسي والإيحاء المصاحِب له والإثارة الجلدية للعصب المقابل تعتبر طرقاً مستخدمة في العلاج.

وقد تجرى أحياناً عملية جراحية لقطع العصب الناقل للألم، ولكن هذه الأساليب تسكن الألم فقط بشكل مؤقت وغالباً ما يعود، لذلك فإن العلاج النفسي يعتبر هاماً في علاج هذا الاضطراب وفهم ما يعنيه الألم بالنسبة للشخص فهماً نفسياً.

إضافة إلى تدريبه على أساليب الاسترخاء وممارسة التمارين الرياضية، وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة.

٦- اضطراب جسدي الشكل غير المميز
(Undifferentiated Somatoform disorder)

وهو اضطراب جسدي الشكل يتميز بالعديد من الشكاوى الجسمية التي استمرت ستة أشهر دون وجود سبب عضوي يفسر ذلك، ولا ترتبط هذه الشكاوى بأي مرض نفسي آخر.

وقد صنف هذا الاضطراب لاستيعاب الحالات التي لا تتفق مواصفاتها مع اضطراب التجسيد، فقد يوجد عرض واحد، مثل صعوبة البلع أو عدة أعراض، مثل الإجهاد وفقدان الشهية ومشاكل الجهاز المعوي.

ويعتبر هذا الاضطراب بقايا اضطراب تجسيد، ولكنه أكثر شيوعاً منه، وأحياناً يكون مصاحَباً بأعراض القلق والاكتئاب، وتتفاوت شدته من حالة لأخرى، أما مضاعفاته وأسبابه وعلاجه فينطبق عليه ما جاء في اضطراب التجسيد.

التشخيص الفارق:

١- اضطراب التجسيد: يوجد عدد من الأعراض المميِّزة لهذا الاضطراب والمستمرة لعدة سنوات، وتكون البداية قبل سن الثلاثين.

٢- اضـــطراب تأقلم المصحوب بأعراض جسمية: حيث تكون المدة أقل من ستة أشهر.

٧- الاضطراب جسدي الشكل غير المصنف في مكان آخر
(Somatoform Disorder not otherwise specified)

وهـــو اضطراب يشمل الأعراض جسدية الشكل، والتي لا تتفق مع مواصفات أي مـــن الاضـــطرابات جسدية الشكل المحددة أو اضطراب التأقلم المصحوب بشكاوى جسمية مثل:

١- أعراض غير ذهانية، توهمات مرضية لمدة تقل عن ستة أشهر.

٢- شكاوى جسمية ليس لها علاقة بضغوط (Stresses) تقل مدتها عن ستة أشهر.

الفصل السادس عشر

الاضطرابات الانشقاقية
Dissociative Disorders

الاضطرابات الانشقاقية

(Dissociative Disorders)

وهي مجموعة من المتلازمات تتميز بتغير في التكامل السوي لوظائف الوعي أو الهوية أو السلوك الحركي أو الذاكرة، وقد يكون هذا التغير مفاجئاً أو متدرجاً، ويبقى لفترة قصيرة أو يبقى مزمناً، وإذا حدث اضطراب مبدئي في الهوية فإن هوية الشخص المعتادة تنسى مبدئياً ويتخذ هوية جديدة (كما في اضطراب تعدد الشخصية)، أو فقدان الشعور المعتاد لواقع الشخص، ويستبدل بشعور عدم الواقعية (كما في اضطراب اختلال الآنية)، أو حدوث اضطراب مبدئي في الذاكرة بحيث لا يمكن استدعاء أحداث شخصية (كما في النسيان النفسي والشرود النفسي)، وتشمل الاضطرابات الآتية:

١- اضطراب تعدد الشخصية

(Multiple personality Disorder)

يتميز اضطراب تعدد الشخصية بوجود شخصيتين أو أكثر منفصلتين بوضوح، وتتحدد كل من هذه الشخصيات بسلوكيات ومواقف واتجاهات خاصة عندما تكون مسيطرة.

وتعرف الشخصية بأنها نمط ثابت نسبياً من الاستقبال والتفكير والتعامل مع النفس والبيئة وتظهر في إطار متسع من المواقف الاجتماعية والشخصية، وهناك حالات للشخصية تختلف في مدى اتساع الإطار الاجتماعي والشخصي فقط.

ويلاحظ على المصاب باضطراب تعدد الشخصية ما يلي:

١- توجد شخصيتان على الأقل كاملتان، وأحياناً توجد شخصية واحدة منفصلة وحالة واحدة أو أكثر من حالات الشخصية.

٢- يكون لكل من الشخصيات وحالات الشخصية ذكريات منفردة وصفات سلوكية وعلاقات اجتماعية مميزة.

٣- قد توجد درجات متفاوتة من الذكريات المشتركة والصفات السلوكية العامة أو العلاقات الاجتماعية.

٤- هناك حالات نادرة توجد فيها شخصيتان أو أكثر، وهي لدى الأطفال والمراهقين أكثر منها لدى البالغين.

٥- يتفاوت عدد الشخصيات أو حالاتها لدى البالغين من شخصيتين أو أكثر إلى مائة في الحالات المعقدة.

٦- يتم الانتقال من شخصية إلى أخرى بشكل مفاجئ، ونادراً ما يكون الانتقال تدريجياً على مدى ساعات أو أيام.

٧- يحفز الانتقال بين الشخصيات بواسطة ضغط نفسي اجتماعي، أو قد يحدث الانتقال نتيجة لوجود صراعات بين الشخصيات أو تنفيذاً لخطة وافقوا عليها، أو تحت تأثير التنويم المغناطيسي أو بتأثير الحقن بأموباربيتال الصوديوم.

٨- تعي الشخصيات بعضها بعضاً أو كلها في درجات متفاوتة، وقد تشعر بالآخرين كأصدقاء أو رفاق أو كأشخاص غير مرغوب بهم، وهناك شخصية واحدة هي التي تتعامل مع العالم الخارجي، والشخصية التي تمثل للعلاج ليس لديها معرفة عن الشخصيات الأخرى إلا القليل.

٩- تكون أغلب الشخصيات واعية بفترات من الفقدان الزمني أو تشوهات في خبرتهم بالوقت، فقد يصبح الشخص واعياً بفترات من النسيان أو فترات من التغيم في الإحساس بالوقت.

الأعراض المصاحبة:

قد تتصرف إحدى الشخصيات أو أكثر بدرجة مقبولة من التكيف، بينما يكون التغير واضحاً في شخصية أخرى لدرجة الاضطراب الوظيفي، أو قد يكون لديها اضطراب عقلي محدد مثل اضطراب الوجدان أو القلق، وغالباً لا يكون واضحاً ما إذا كان هذا يمثل اضطراباً مصاحباً أو أنها أعراض مصاحبة لاضطراب تعدد الشخصية، فقد لوحظ من خلال بعض الدراسات أن الشخصيات المختلفة داخل الشخص قد تختلف

في الصفات الفسيولوجية والاستجابات المختلفة للاختبارات النفسية، ويختلف مستوى الذكاء في كل منها، وقد تقرر واحدة أو أكثر من الشخصيات أنها من الجنس المقابل أو من جنسية مختلفة أو في عمر مختلف أو من عائلة مختلفة، وتُظهر كل شخصية سلوكاً وتصرفاً يناسب السن المقرر لها، ويكون لكل شخصية اسم مختلف عن الاسم الأصلي، وأحياناً يكون الاختلاف في الاسم الأول والأخير للشخص.

يبدأ هذا الاضطراب أحياناً في الطفولة، وأكثره شيوعاً في مرحلة المراهقة المتأخرة وبداية الشباب، ويصيب الإناث أكثر من الذكور، كما أنه يميل لأن يصبح مزمناً ولا يمثل المريض للعلاج إلا متأخراً، أما مستوى الإعاقة فيتفاوت من متوسط إلى شديد تبعاً لنوع الشخصيات وعددها.

ومن مضاعفاته محاولات الانتحار وتشويه الذات والعدوان الموجه للآخرين والإدمان، ولا يتم الشفاء التام في هذا الاضطراب.

الأسباب:

أ- **عوامل بيولوجية:** لوحظ في دراسات اضطراب تعدد الشخصية أن (٢٥%) من هؤلاء المرضى لديهم إصابة بالصرع، كما لوحظ زيادة نشاط الفص الصدغي للقشرة المخية في صورة زيادة تدفق الدم إليه في واحدة من الشخصيات الفرعية وليس في الشخصية الرئيسية.

ب- **عوامل نفسية:** لوحظ أن هناك تاريخ لحصول إيذاء جنسي بشكل خاص في نسبة (٨٠%) من الحالات إضافة إلى أنواع الإيذاء الأخرى في الطفولة (جسمية ونفسية).

التشخيص:

يتم التشخيص من خلال ملاحظة ما يأتي:

١- توجد شخصيتان أو أكثر داخل الشخص أو حالات الشخصية (تكون كل شخصية منها منفصلة عن الأخرى ولها عالمها ونمط سلوكها وتصرفاتها

وعلاقاتها وتفكيرها).

٢- يجب أن تكون كل من الشخصيتين (أو الشخصيات) قد سيطرت وبشكل متكرر على سلوك الشخص.

التشخيص الفارق:

١- النسيان النفسي والشرود النفسي: لا يوجد فيهما الانتقال المتكرر المميز للهوية، ويكون محدوداً بنوبة واحدة قصيرة.

٢- اضطراب الشخصية الحدية: تتشابه في عدم ثبات الوجدان وخصائص النفس ونمط السلوك مع الأشخاص، والذي يميز اضطراب الشخصية الحدية.

٣- الاضطرابات الذهانية: قد تتشابه مع اضطراب تعدد الشخصية من خلال وصف الشخص بأنه محكوم أو متأثر بسيطرة آخرين أو سماع أصوات، وقد تفسر على أنها ضلالات أو هلاوس (كما في الفصام أو اضطراب الوجدان المصاحَب بأعراض ذهانية).

٤- الاعتقاد بأن الشخص مسيطر عليه من قبل روح أو شخص آخر، وقد يحدث كعرض لاضطراب تعدد الشخصية أو ضلال في اضطراب ذهاني.

٥- التمارض (لا يمكن التمييز بينهما بدون الاستعانة بملاحظات المحيطين به).

العلاج:

يعتبر العلاج النفسي هو العلاج الناجح لهذه الحالات ويهدف إلى إفهام المريض صراعاته الداخلية وحاجته النفسية لشخصية أخرى غير شخصيته الأصلية، وربط ذلك بخبراته السابقة وصدماته النفسية، ثم الوصول إلى تكامل هذه الشخصيات للوصول إلى شخصية واحدة.

٢- الشرود النفسي

(Psychogenic fugue)

هو اضطراب يحدث فيه سفر الشخص فجأة وعلى غير توقع إلى مكان بعيد

عن البيت أو مكان العمل المعتاد مع اتخاذ هوية جديدة ونسيان هويته السابقة، ويصاحب ذلك ارتباك واضطراب الاهتداء، وبعد شفائه لا يتذكر الأحداث التي وقعت خلال فترة الشرود وليس لذلك سبب عضوي.

في بعض الحالات قد يتميز الاضطراب باتخاذ هوية جديدة كاملة أثناء الشرود تتميز باجتماعية أكثر من الشخصية السابقة التي تكون عادة هادئة، وفي مثل هذه الأحوال قد يتخذ الشخص لنفسه اسماً جديداً وعنواناً جديداً، وقد ينخرط في نشاطات اجتماعية معقدة ومتكاملة، ولا توحي بمرض نفسي أو عقلي.

ويكـــون الشرود في أغلب الحالات غير واضح، حيث يتكون من سفر قصير ويـــبدو هادفـــاً في الظاهر، وتقل الاتصالات الاجتماعية، وفي هذه الحالة تكون الهوية الجديـــدة غير مكتملة، والملاحظ أن كل حالات الشرود التي تحدث يسافر فيها الشخص ويـــبدو ســـلوكه هادفـــاً أكثر من الجوال المتغيم الذي قد يحدث في اضطراب النسيان النفسي.

ويحدث هذا الشرود في أي سن، ويكون عادة قصير المدة تتراوح من ساعات إلـــى أيـــام ، ولكـــن قد يبقى لعدة أشهر، وأحياناً يمتد السفر إلى آلاف الأميال، ويكون الشفاء تلقائياً وسريعاً، ونادراً ما يتكرر حدوث هذا الاضطراب، وتتفاوت درجة الإعاقة التي يسببها هذا الاضطراب بحسب طول مدة الشرود وما ينتج عن ذلك من انهيار في علاقات الشخص الاجتماعية، أو حدوث سلوك عدواني يترتب عليه مساءلة قانونية.

ويعتـــبر هـــذا الاضـــطراب نادر الحدوث، ولكنه شائع في أوقات الحرب أو الأزمات الشخصية الحادة المصاحبة لصراع داخلي عنيف.

الأسباب:

إن الســـبب الأساســـي في هذا الاضطراب هو سبب نفسي، حيث يمثل رغبة الشـــخص الداخلـــية في الانسحاب من الخبرات العاطفية المؤلمة، وتعتبر بعض أنواع

الشخصية المضطربة مهيأة لهذا الاضطراب (وهي الشخصيات الحدية وشبه الهستيرية وشبه الفصامية) كما يهيئ تعاطي الكحول بكثرة لحدوث هذا الاضطراب.

التشخيص:

١- سفر الشخص المفاجئ وغير المتوقع بعيداً عن البيت ومكان العمل مع عدم قدرته على تذكر ماضيه.

٢- اتخاذ هوية جديدة كاملة أو جزئية.

٣- لا يتسبب عن اضطراب تعدد الشخصية أو اضطراب عضوي (مثل صرع الفص الصدغي).

التشخيص الفارق:

١)اضطراب النسيان النفسي: يحدث فيه فشل مفاجئ في استدعاء أحداث شخصية هامة تشمل بيانات هوية الشخص، ولكن لا يوجد فيه سفر هادف واتخاذ هوية جديدة جزئية أو كلية.

٢)اضطراب تعدد الشخصية: توجد فيه انتقالات مميزة للهوية متكررة وليس محدداً بنوبة واحدة كما يحدث في الشرود النفسي.

٣)الصرع النفسي الحركي الذي ينشأ عن اضطراب وظيفة الفص الصدغي ولا يوجد فيه اتخاذ هوية جديدة، ولا يظهر عليه انشراح وجداني، كما أنه يحدث دون وجود ظرف ضاغط يسبب ظهوره.

٤)التمارض: يتم تمييزه بواسطة التنويم المغناطيسي رغم أن بعض الناس يستمرون في التمارض وهم تحت التنويم.

العلاج:

عادة يكفي الإسناد النفسي والرعاية للمريض بهذا الاضطراب حتى يتم شفاؤه تلقائياً، أما في الحالات التي يستمر فيها الشرود لمدة طويلة فيلزم العلاج النفسي من أجل استعادة الذاكرة للهوية السابقة،ويمكن استخدام التنويم المغناطيسي أو حقن أميتال

الصوديوم (Na. Amytal) للمساعدة في ذلك.

٣- النسيان النفسي
(Psychogenic amnesia)

يتميز اضطراب النسيان النفسي بعدم قدرة الشخص المفاجئة على استدعاء معلومات شخصية هامة بدون وجود سبب عضوي، ويُحدث النسيان خللاً كبيراً لدرجة لا يمكن فهمه في إطار النسيان الطبيعي، ودون السفر لمكان آخر واتخاذ هوية جديدة كما في حالة الشرود النفسي، كما أن النسيان ليس عرضاً ضمن اضطراب تعدد الشخصية.

أنواع اضطراب النسيان النفسي:

١. نسـيان لفـترة محددة (**Circumscribed amnesia**): وهو أكثر الأنواع شـيوعاً، ويتميز بحدوث فشل في استدعاء كل الأحداث التي حدثت خلال فترة معينة من الزمن، وتستمر عادة لساعات قليلة وتتبع حادثاً صادماً.

٢. نسيان انتقائي (**Selective amnesia**): حيث يكون الفشل في استدعاء بعض الأحداث التي وقعت خلال فترة معينة من الزمن مع تذكر بعضها.

٣. نسيان كامل (**Generalized**): حيث يفشل الشخص في استدعاء كل ما يتعلق بحياته، وهو أقل الأنواع انتشاراً.

٤. نسـيان مسـتمر (**Continuos**): حيث يفشل الشخص في استدعاء الأحداث التالية لوقت معين بما في ذلك الوقت الحاضر.

ويحدث خلال نوبة النسيان ارتباك واضطراب الاهتداء والجدال غير الهادف، وإذا كانـت فـترة النسيان في الماضي فإن الشخص عادة يعي اختلال الاستدعاء لديه، وقد يصاحَب النسيان بعدم تمايز تجاه اختلال الذاكرة أو الانعصاب التابع لحادث.

ويحدث هذا الاضطراب عادة في مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد، ويحدث لدى كبار السن في حالات نادرة، وينتشر بين الإناث أكثر منه بين الذكور، وتكون بدايته والشفاء منه بشكل مفاجئ، وفي أحيانٍ قليلة تحدث انتكاسات وخاصة إذا وجد مكسب ثانوي، وقد تستمر الحالة لوقت طويل، ومن المهم استرجاع الذكريات المفقودة لدائرة الشعور بسرعة قدر الإمكان؛ لأن الذكريات المكبوتة سوف تكون نواة في اللاشعور لإنتاج نوبات نسيان مستقبلاً، وتتفاوت الإعاقة التي تنتج عن النسيان من الخفيفة إلى الشديدة تبعاً لمدة النوبة وأهمية الأحداث المنسية بالنسبة لوظيفة الشخص وعلاقاته الاجتماعية، ولأن الشفاء يكون سريعاً في معظم الحالات فإن الإعاقة تكون عادة طفيفة.

الأسباب:

تحدث نوبات النسيان النفسي تلقائياً، ويكشف التاريخ المفصل الدقيق عن وجود صدمات عاطفية مرسبة مثل الكوارث الطبيعية، وقد تعمل نزعة (حب أو عدوان) لا يستطيع المريض التعامل معها كعامل مرسب، وأحياناً تترسب بصدمة خفيفة للرأس لا تُحدث تأثيراً فسيولوجياً، كما يمكن أن ترسبها الصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات (E.C.T). ونفسياً ينشق وعي المريض (Dissociation) كطريقة للتعامل مع الصراع الانفعالي، ويكون ذلك مصحوباً بكبت النزعات المزعجة من دائرة الشعور والإنكار، حيث يتم تجاهل بعض الواقع من قبل العقل الواعي.

التشخيص:

١. حدوث نوبة مفاجئة من عدم القدرة على استدعاء معلومات شخصية هامة، ولا يمكن تفسيرها كنسيان معتاد.
٢. لا يتسبب هذا النسيان عن اضطراب تعدد الشخصية أو وجود سبب عضوي.

التشخيص الفارق:

١) اضطراب عقلي عضوي: ويكون النسيان للأحداث القريبة أكثر من نسيان

الأحداث البعيدة، وليس نتيجة للتعرض إلى صدمة نفسية، ويختفي النسيان ببطء شـديد إذا حدث تحسن، ونادراً ما تعود الذاكرة إلى الشخص، إضافة إلى نقص الانتباه واضطرابات الوجدان التي غالباً ما تكون مصاحبة.

٢) التسـمم بمـادة : يحـدث فشـل في استدعاء الأحداث التي وقعت خلال فترة التسـمم، ولكن تعاطي المادة والفشل في عودة كاملة للذاكرة يميزه عن النسيان النفسي.

٣) اضطراب النسيان الكحولي: تختل فيه الذاكرة القريبة ولا يحدث هذا النوع من النسـيان فـي النسيان النفسي، بالإضافة إلى تبلد الوجدان ونقص الوعي نتيجة لخلل الذاكرة.

٤) النسـيان التابع لارتجاج المخ: يكون اضطراب النسيان هنا محدوداً بفترة غالباً مـا يكـون النسـيان راجعاً إلى الوراء شاملاً الفترة الزمنية التي سبقت إصابة الـرأس، بينما في النسيان النفسي يكون اضطراب النسيان غالباً متقدماً، ويمكن أن نميز النسيان الراجع الذي يتبع إصابة الرأس من الحالات النادرة من النسيان النفسـي الراجع باستخدام التنويم المغناطيسي أو الفحص تحت تأثير حقن أميتال الصـوديوم (Na. Amytal)، كما أن التحسن المفاجئ للذكريات المفقودة يشير إلى الأساس النفسي للاضطراب.

٥) الصرع: يبدأ خلل الذاكرة فجأة، ويكون مصاحباً بشذوذات حركية أثناء النوبة، ويشير تكرار تخطيط الدماغ الكهربائي إلى وجود شذوذات.

٦) الذهـول الكتاتونـي: قد يوحي البكم بنسيان نفسي ولكن فشل الاستدعاء غير موجـود، وتوجـد الأعـراض الكتاتونـية عادة في هذه الحالة، مثل التصلب والوضعية السلبية.

٧) الـتمارض: يصعب تميزه من النسيان النفسي ولكن التنويم المغناطيسي وحقن أميتال الصوديوم (Na. Amytal) قد تسهل التمييز.

العلاج:

يـتم العـلاج من خلال جلسات تفريغ نفسي بمساعدة الحقن الوريدي لأميتال الصـوديوم (Na. Amytal)، وهـذا يفيد المريض في استعادة الذاكرة، وكذلك التنويم المغناطيسـي، وبمجـرد رجـوع الذاكرة يتم عمل علاج نفسي لمساعدة المريض في التعامل مع انفعالاته المنشقة.

٤- اضطراب اختلال الآنية
(Depersonalization Disorder)

يتمـيز هذا الاضطراب بتغير ثابت ومتكرر في إدراك النفس إلى درجة فقدان الشـخص الشـعور بواقعيته بشكل مؤقت ويصف الشخص ذلك بأنه يشعر بأنه آلة، أو كأنه في حلم أو كأنه يخرج من جسده وينظر إليه من بعيد، أو يصف أنواعاً مختلفة من الخدر الحسي والإحساس بأنه غير مكتمل السيطرة على أفعاله بما في ذلك كلامه، فهذه المشـاعر كلهـا مـناوئة للأنا (Ego-dysgenic) رغم محافظة الشخص على علاقته بـالواقع وفهمه له، وتكفي شدة هذا التغير لإزعاج الشخص وليس سببه اضطراباً آخر (مـثل الهلـع أو رهـاب الأماكـن المتسعة)، فقد يكون اختلال الآنية عرضاً مصاحَباً باضـطراب آخـر (وهـو تغير في إدراك النفس، حيث يفقد أو يتغير مؤقتاً الإحساس المعتاد بالنفس وواقعيتها).

يكـون اختلال الآنية غالباً مصحوباً باختلال إدراك البيئة (Derealization) وهـو إدراك الشـخص للموضـوعات (أو البيئة المحيطة) كأشياء غير مألوفة وغير حقيقـية، حيـث يـدرك الأشياء وكأنها متغيرة الشكل أو الحجم أو يدرك الناس وكأنهم موتى أو آلات.

والأعـراض المصاحبة لهذا الاضطراب هي الدوخة والاكتئاب والاجترارات الوسواسـية والانشغال بأعراض جسمية، بالإضافة إلى القلق أو الخوف من أن يصبح مجنوناً، واختلال الإحساس الذاتي بالوقت مع صعوبة أو بطء استدعاء الأحداث.

ويبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بداية سن الرشد، وتكون البداية بشكل مفاجئ ويستمر لمدة طويلة، وقد يكون مزمناً، ولكنه يتميز بمروره بفترات متفاوتة من الهدوء والاشتداد، وتحدث أغلب الاشتدادات عندما يشعر المريض بالقلق أو الاكتئاب، ويعتبر هذا الاضطراب شائعاً جداً، وليس بالضرورة أن يعتبر حالة مرضية إذ إنه غالباً ما يكون عن خبرة منفصلة يمر بها الشخص، وقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن ما يقارب من (٧٠%) من الناس الأسوياء في مجتمع ما يمرون باضطراب اختلال الآنية ويستوي فيه الذكور والإناث، ومن مضاعفاته توهم المرض أو الإدمان.

الأسباب:

أ- **عوامل بيولوجية:** لوحظ أن حدوث اضطراب اختلال الآنية يكون مرتبطاً بالإصابة بالصرع والأورام المخية وبتعاطي الأدوية ذات التأثير النفسي، وهذا يعني أن لهذا الاضطراب أسباباً بيولوجية، وهناك أسباب أخرى عضوية مثل اضطراب وظيفة الغدة الدرقية والبنكرياس.

ب- **عوامل نفسية:** لوحظ حدوث هذا الاضطراب في حالات القلق والاكتئاب والتعرض للضغوط النفسية والصدمات العاطفية وفي تجارب الحرمان الحسي.

التشخيص:

١. شعور الشخص بأنه منسلخ عن نفسه ويستطيع رؤيتها من بعيد سواء عملياتها العقلية أو الجسدية، ويتكرر هذا الشعور وقد يكون ثابتاً.

٢. شعور الشخص بأنه آلة أو كأنه في حلم، ويتكرر هذا الشعور وقد يكون ثابتاً.

٣. يبقى فهم الشخص للواقع ويتصرف على أساسه خلال خبرة اختلال الآنية.

٤. يسبب هذا الاختلال في الآنية إزعاجاً ملحوظاً للشخص.

٥. اختلال الآنية ليس عرضاً لاضطراب آخر (مثل الفصام والهلع ورهاب الأماكن

المتسعة وصرع الفص الصدغي).

التشخيص الفارق:

يحدث اختلال الآنية في بعض الاضطرابات كعرض كما في اضطراب الفصام واضطراب الوجدان والاضطراب العقلي العضوي (خاصة متلازمة التسمم أو الانسحاب) والقلق واضطرابات الشخصية والصرع.

العلاج:

إذا كان اختلال الآنية مصاحَباً باضطراب آخر فمن الأفضل أن تتم معالجة الاضطراب المسؤول عنه وسيختفي بشكل طبيعي، أما إذا لم يكن اختلال الآنية مصاحِباً لاضطراب آخر فإن العلاج بالأدوية ليس له فعالية في علاج هذا الاضطراب وإن كان القلق المصاحب له يتحسن بالأدوية المضادة للقلق. أما العلاج النفسي (العلاج التحليلي والعلاج التبصيري) فلهما نتائج إيجابية في تحسن هذا الاضطراب.

٥-الاضطراب الانشقاقي غير المصنف في مكان آخر
(Dissociative Disorder Not Otherwise Specified)

وهي المجموعة المتبقية من الاضطرابات التي يظهر فيها الانشقاق كعرض واضح (أي حدوث اختلال أو تغير في التكامل المعتاد لوظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعي)، ولا تتفق صفاتها مع صفات أي من اضطرابات الانشقاق المحددة النوع وتشمل:

١- متلازمة جانسر (Ganser s Syndrome): يعطي المريض فيه إجابات تقريبية للأسئلة، ومن الشائع فيها أن تكون مترابطة مع أعراض أخرى، مثل النسيان واضطراب الاهتداء والإدراك والشرود، بالإضافة إلى ما يصاحبه من أعراض تحولية. وتكثر هذه المتلازمة لدى السجناء، ويكون الشفاء من هذا الاضطراب فجائياً.

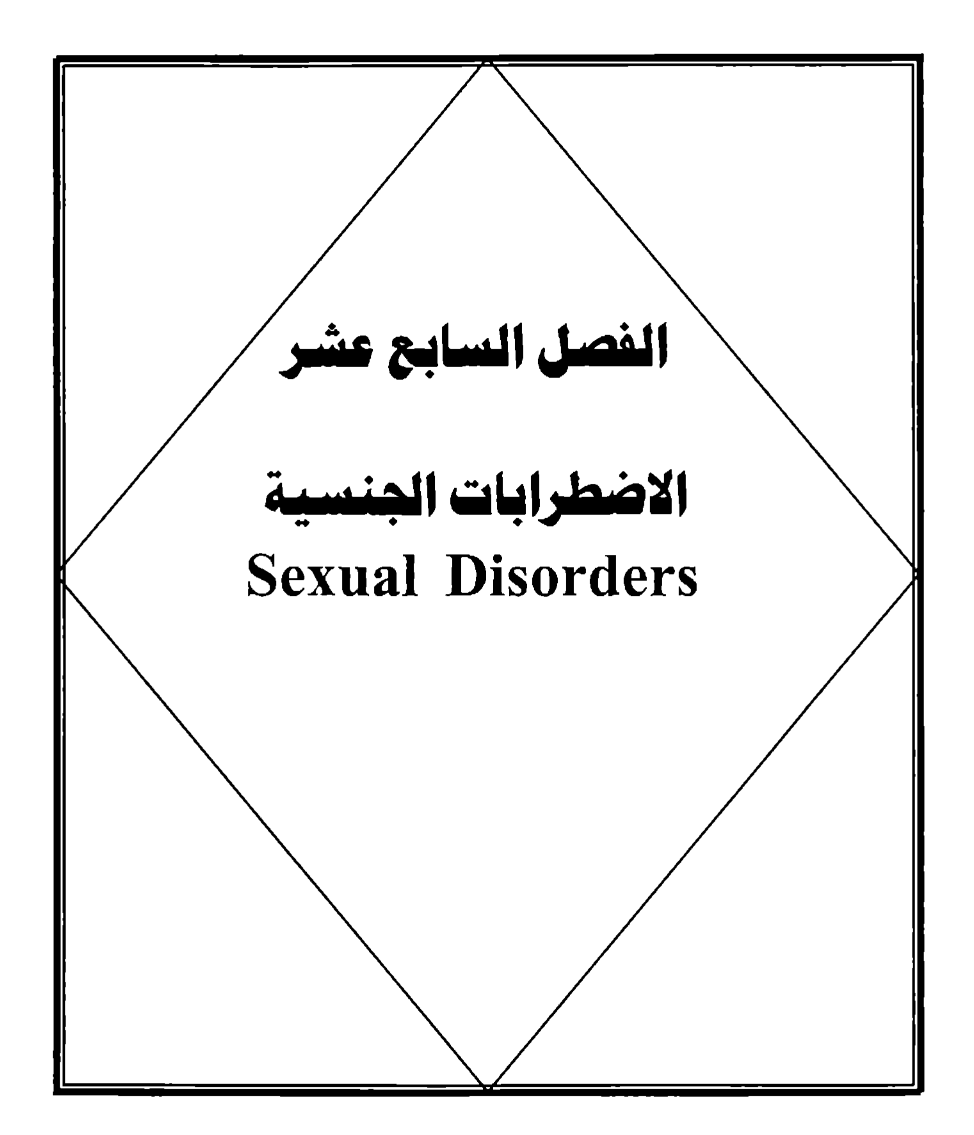
٢- اضطراب الشخصية المتعدد (Variants of Multiple personality Disorder): حيث يوجد أكثر من حالة شخصية تسيطر على الفرد وتسبب اضطرابه،

ولكن الأعراض لا تكفي لتشخيصه باضطراب تعدد الشخصية.

٣- حـــالات الغيـــبة (Trance States): يتغـــير فيها الوعي وتقل استجابة الشخص للمثـــيرات البيئـــية، ويكـــثر حدوث هذا الاضطراب لدى الأطفال بعد إيذائهم جسدياً أو نفسياً.

٤- حالات اختلال إدراك البيئة غير المصاحَب باختلال الآنية.

٥- الحالات الانشقاقية التي قد تحدث للناس الذين تعرضوا لفترات طويلة من التعذيب الشـــديد والاضطهاد، مثل غسيل المخ ووضع أفكار بديلة لهم مثل ما يحدث في بعض حالات أسرى الحروب.



الفصل السابع عشر

الاضطرابات الجنسية
Sexual Disorders

الاضطرابات الجنسية
(Sexual Disorders)

تقسم الاضطرابات الجنسية إلى ثلاث مجموعات:

١- الشذوذات الجنسية (Paraphilias): هي استجابة شديدة لموضوعات جنسية أو مواقف لا تشكل جزءاً من الأنماط المثيرة المعتادة، وقد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية.

٢- اختلال الوظيفة الجنسية (Sexual Dysfunctions): هي تثبيط الاستجابة الجنسية.

٣- وهناك مجموعة متبقية هي الاضطرابات الجنسية غير المصنفة في مكان آخر.

١- الشذوذات الجنسية (انحرافات السلوك الجنسي)
(Paraphilias or Sexual Deviations)

ويتميز هذا الاضطراب بتكرار الإثارة الجنسية الشديدة وإثارة الخيالات المثيرة جنسياً كاستجابة لموضوعات جنسية أو مواقف ليست جزءاً من الأنماط المثيرة المعتادة، وقد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية.

ويكون لدى الشخص من ثلاثة إلى أربعة من الشذوذات المختلفة، كما يكون لديهم اضطرابات عقلية أخرى كالإدمان، واضطرابات الشخصية المختلفة.

ومن الأعراض المصاحبة قيام الشخص الشاذ باختيار وظيفة تجعله قريباً جداً بالمثير المرغوب، مثل بيع الملابس النسائية أو العمل مع الأطفال، وقد يجمع صورَ أو أفلامَ الموضوع الخاص به (المثير الشاذ).

أو قد ينفذون خيالاتهم مع ضحايا بالرغم عنهم، وهذه الشذوذات شائعة لدى الكثيرين، وتكثر بين الذكور عنها بين الإناث، والشذوذات الجنسية شائعة الانتشار

بشكل عام، ولكن في حالات نادرة يَمْثُل المضطربون للتشخيص والعلاج، ويصل السلوك الشاذ جنسياً إلى قمته بين سن الخامسة عشرة والخامسة والعشرين من العمر.

والكثير من الشاذين جنسياً لا يعانون، ولكن تكمن المشكلة في تفاعل الآخرين تجاه سلوكهم، فيشعر بعضهم بالذنب والخجل والاكتئاب عند الاندماج في نشاط جنسي غير معتاد، وتزداد هذه المعاناة عندما يصبح شريكه واعياً لسلوكه الجنسي الشاذ، أو إذا رفض شريكه الاندماج معه في سلوكه الجنسي الشاذ.

الأسباب:

أ- **عوامل بيولوجية**: لوحظ من خلال الفحوصات تغيرات تشير إلى وجود اضطرابات عضوية لدى ذوي السلوك الجنسي الشاذ؛ حيث وجد أن معدل الهرمونات غير طبيعي لدى (٧٤%)، ووجود علامات اختلال عصبي دقيق لدى (٢٧%) وشذوذ الجينات الوراثية لدى (٢٤%)، وما زالت الدراسات مستمرة لمعرفة ما إذا كانت هذه النتائج هي السبب في حدوث هذه الشذوذات الجنسية أو أنها شذوذات مصاحبة لحالات أخرى.

ب- **عوامل نفسية واجتماعية**: تفسر المدرسة التحليلية السلوك الجنسي الشاذ بأنه فشل في اكتمال النمو النفسي الطبيعي في الانتقال إلى الغيرية الجنسية (الجنس الآخر) .. فالفشل في حل الصراع الأوديبي بالتوحد مع الأب من نفس الجنس ينتج إما توحداً مع جنس الأب من الجنس المقابل أو اختيار موضوع لإفراغ الطاقة الجنسية فيه.

فالجنسية المثلية واضطراب تحول الجنس تعتبر توحدات مع الجنس المقابل، أما الاستعرائية والتبصص فتعتبر تعبيرات عن التوحد الأنثوي. وهناك مدارس أخرى تعزي السلوك الجنسي الشاذ إلى الخبرات المبكرة التي تعوِّد الطفل على مزاولة هذا السلوك الجنسي الشاذ، مثل محاكاته لآخر أو ممارسته مع آخر خلال مرحلة الطفولة.

أنواع السلوك الجنسي الشاذ:

يقسم السلوك الجنسي الشاذ تبعاً لشدته كما يلي:

١- الخفيف: حيث يكون الشخص قلقاً منزعجاً من تكرار النزعات الجنسية الشاذة دون أن يمارسها.

٢- المتوسط: حيث يمارس الشخص نزعاته الجنسية أحياناً.

٣- الشـديد: حيث تتكرر النزعات الجنسية الشاذة كثيراً، وتصاحبها ممارسة هـذا السلوك الشاذ.

وتشمل الشذوذات الجنسية ما يلي:

١- الاستعرائية (Exhibitionism)

تتميز بتكرار نزعات جنسية شديدة تثير الخيال تستمر لمدة ستة أشهر، وتشمل تعرية العضو التناسلي للغرباء، ولا يكون في هذا الاضطراب محاولة ممارسة الجنس مع المعروض له، ولذا فهو لا يؤذي ضحيته، ويكون بعضهم واعياً برغبته في إدهاش الملاحظ له، ويتخيل البعض الآخر أن الشخص المشاهد سوف يثار جنسياً، وتحدث للذكور فقط، وتكون الضحايا غالباً من النساء أو الأطفال.

وتعني الاستعرائية لدى المضطرب أن الشخص يؤكد رجولته **من خلال عرض** عضوه التناسلي، ويعني الاستعراء هدف المستعري إلى الكشف عن عورته ليفاجئ به ضحيته عن عمد بقصد إحداث تأثير خاص فيها (من خوف أو اندهاش أو قرف) من شأنه أن يجلب له الشهوة، وعلى مستوى اللاشعور تعني أن هذا الرجل يشك في رجولته ويشعر بالخصاء والعجز الجنسي.

ويبدأ اضطراب الاستعرائية مع مرحلة البلوغ أو بعده بقليل، وفي بعض الحالات النادرة يبدأ بعد سن الأربعين، وتستمر ممارسة المستعري للاستعراء عادة من نحو سن الخامسة عشرة حتى الثلاثين.

التشخيص:

١- وجود نزعات جنسية شديدة ومتكررة مصحوبة بخيالات مثيرة جنسياً من خلال كشف الشخص لأعضائه التناسلية لشخص غريب دون اشتباه في أنه غريب.

٢- يمارس الشخص هذا السلوك الشاذ وأحياناً يشعر بالانزعاج بعد فعله.

التشخيص الفارق:

١- التعري في حالات الولع بالأطفال: قد يكون جزءاً من الممارسة مع طفل.

٢- بعض حالات الذهان: مثل الهوس أو الخرف أو اضطراب الشخصية العضوي.

٢-التوثين (الفيتيشية) (**Fetishism**)

هو تكرار استخدام أشياء ليس بها حياة من أجل الحصول على إثارة جنسية (مثل متعلقات النساء من الأحذية أو الجوارب)، وقد يشتمل النشاط الجنسي الوثن وحده كما في حالة ممارسة الاستمناء، أو يدمج الوثن في ممارسة جنسية بأن يطلب من شريكه ارتداء شيء معين، فالوثن عادة ضروري لدى المضطرب لإحداث الإثارة الجنسية، وقد يسبب غيابه فشلاً جنسياً لدى الذكور، ويبدأ هذا الاضطراب من الطفولة ثم يصبح مزمناً، ويحدث عادة لدى الذكور.

التشخيص :

١- وجود نزعات جنسية شديدة ومتكررة وخيالات مثيرة تحوي استخدام أشياء ليس بها حياة.

٢- يمارس الشخص هذا السلوك وهو منزعج منه.

٣- لا تكون الأوثان ملابس نسائية أو أغراض معدة للإثارة الجنسية.

٣-التحكك (**Frotteurism**)

يتميز هذا الاضطراب بحك الذكر قضيبه في جسد الأنثى المرتدية لكامل ثيابها من أجل الحصول على اللذة الجنسية، ويحدث ذلك عادة في الأماكن المزدحمة، مثل وسائط النقل العامة المزدحمة.

والمتحكك عادة شخص سلبي منعزل، وغالباً ما يكون التحكك هو مصدره الوحيد للحصول على اللذة ويكون التحكك على فخذ الضحية أو الآلية مع تخيل علاقة جنسية معها. ويبدأ هذا الاضطراب عادة في سن المراهقة ويقل بعد سن الخامسة والعشرين.

التشخيص:

١- وجود نزعات جنسية متكررة مصحوبة بخيالات جنسية مثيرة من خلال

التحكك وملامسة قضيب الشخص بجسد شخص آخر دون موافقته.

٢- يمارس الشخص هذا الأسلوب الجنسي الشاذ أو يكون منزعجاً منه.

التشخيص الفارق:

١. الإثارة الجنسية الطبيعية: يحدث فيها موافقة الشريك.

٢. التخلف العقلي أو الفصام: يحدث فيهما نقص الحكم على الأمور وقصور في المهارات الاجتماعية أو التحكم في النزعات، وهو لا يحاول التهرب بعد ملامسة الضحية.

٤-الولع بالأطفال (Pedophilia):

يتميز هذا الاضطراب بوجود نزعات جنسية شديدة أو خيالات مثيرة جنسياً مرتبطة بالأطفال القاصرين الذين تقل أعمارهم عن ثلاث عشرة سنة، وتتباين أعمار المضطربين وثقافاتهم وظروفهم الاجتماعية، ولا يقل فارق السن بين الشخص المضطرب والضحية عن خمس سنوات، والمضطربون يولعون بالأطفال من الجنس المقابل أكثر من ولعهم بالأطفال من نفس الجنس، وتتراوح أعمار الضحايا بين الثامنة والعاشرة من العمر، وفي بعض الحالات تكون الإثارة أياً كان جنس الطفل، ويولع بعض المضطربين بالأطفال فقط بينما يولع بعضهم بالكبار أيضاً بالإضافة بولعه بالأطفال.

وقد تتحدد ممارسة المضطربين للشذوذ بالمواقعة أو بالتقبيل والتحسس مستمنياً في وجوده، وغالباً ما يحدد الشخص ممارسته للشذوذ بأطفال الجيران والمعارف، وأحياناً الأهل الأقربين كأطفال الأخت أو الأخ أو الزوجة، ويحتال المضطربون للوصول إلى الطفل من خلال مهاراتهم في التعامل مع الأولاد وغوايتهم واستخدام وسائل التهديد المثلى التي يمكن اتباعها معه حتى لا تفضحهم ضحاياهم، وقد لا ينفضح أمره قبل سنوات طويلة يظل يعيث فيها فساداً ولا يعلم به أحد، وكثيراً ما يلجأ المضطربون إلى العنف وهم يمارسون سلوكهم الجنسي الشاذ، وقد يكون العنف في اللفظ، أو يتخذ شكل الإيذاء البدني.

التشخيص:

١- تكرار نزعات جنسية لممارسة أو تخيل مثير جنسي يكون موضوعه طفلاً قاصراً، وتكرر هذه النزعات لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

٢- لا يقل سن المضطرب عن ستة عشر عاماً، ويختار ضحاياه ممن تقل أعمارهم بخمس سنوات عن عمره.

التشخيص الفارق:

١) التخلف العقلي ومتلازمة اضطراب الشخصية العضوي والتسمم الكحولي والفصام: تتميز جميعها بنقص قدرة الحكم على الأمور ونقص المهارات الاجتماعية وعدم ضبط النزعات، ويكون الفعل الجنسي المرتكب مع الطفل في هذه الحالة مرة واحدة، وهي ليست الطريقة المفضلة للحصول على المتعة الجنسية.

٢) الاستعرائية: حيث يتم التعري أمام الطفل بدون حدوث الفعل الجنسي.

٣) السادية الجنسية: قد تصاحبها الولع بالأطفال.

٥- المازوخية الجنسية (Sexual Masochism):

يتميز هذا الاضطراب بتكرار الحصول على الإثارة الجنسية من خلال إيذاء يقع على المضطرب (كالإهانة والضرب)، أو من خلال المشاركة في نشاط يهدد حياته أو يحقق له إيذاءً بدنياً .. وتتكرر الممارسة أو المعاناة منها لفترة لا تقل عن ستة أشهر، ويتخيل بعض المازوخيين أثناء الممارسة الجنسية وقوع حدث عليه (كتعرضه للاغتصاب أو أنه قيد لدرجة لا يستطيع الفرار)، ويمارس بعضهم خيالاتهم المازوخية من خلال ربط أنفسهم أو تشويهها أو مع شريك، وتشمل الأفعال المازوخية الإجهاد الجسمي وتقييد الحركة والضرب على الوجه والصعق بالكهرباء والإيذاء بالألفاظ وغيرها كثير.

وهناك أنواع خطيرة من الأفعال المازوخية قد يفقد الشخص حياته فيها نتيجة لنقص الأوكسجين، وذلك بأن يضع الشخص كمامة على أنفه وأحياناً بالضغط على صدره، وقد يفعل هذا مع شريك أو منفرد.

التشخيص:

١- تكرار نزعات جنسية أو خيالات مثيرة جنسياً تتضمن إيذاءً جسدياً أو نفسياً يقع علـــى الشـــخص، أو معانـــاة من نوع ما وتتكرر هذه النزعات على مدى ستة أشهر.

٢- يمارس الشخص هذه النزعات أو يعاني من جرائها.

التشخيص الفارق:

١- شريك لشخص سادي في ممارسة جنسية.

٢- الانتحار: الذي يكون قتلاً للنفس بدون مازوخية جنسية.

٣- الشخصية المشوهة للذات: تختلف في أنها تحتاج للإهانة، ولكنها ليست مرتبطة بالإثارة الجنسية.

٦- السادية الجنسية (Sexual Sadism)

يميز هذا الاضطراب وجود نزعات متكررة أو خيالات بإنزال الإيذاء الجسدي أو النفسي بالشريك في العملية الجنسية، وذلك للحصول على الإثارة الجنسية، وغالباً ما يأتـــي الـــتجاوز مـــن جانب الرجل، ويتراوح بين أوهام يتصور نفسه فيها وهو يعذب ضـــحيته وبيـــن مشاكســـات حقيقية .. تبدو كالمداعبة الثقيلة، وأحياناً تتخذ شكلاً جدياً، فـــتكون اعتداءات بالغة الأذى بجسد شريكته وقد تصل إلى حد القتل، وتتكرر ممارسة هـــذه الـــنزعات لمـــدة لا تقل عن ستة أشهر، وقد تكون ممارسة المضطرب للسلوك السادي مقدمة للجماع وأحياناً تنتهي بالجماع أو يكتفي بها السادي دون ممارسة جنسية فعلية بوصفها أفعالاً جنسية مشبعة في حد ذاتها.

وقد ترتبط الممارسات السادية باتجاهات عنيفة ضد الجنس بوصفه فعلاً خاطئاً وعملاً غير أخلاقي، أو قد ينمو السلوك السادي في خبرات سابقة ارتبطت فيها الإثارة الجنسية بالألم، وقد تقوم هذه الارتباطات في ظل ظروف متنوعة، فيحدث خلال عملية الـــتطور الجنســـي أن يكـــون للطفل الكثير من الأفكار الخاطئة عن حقيقة العلاقة بين

الــرجل والمرأة، أو قد يرتبط السلوك السادي بالإصابة بالفصام أو قد يكون جزءاً من استجابات هوسية نتيجة انحراف العمليات الرمزية وضعف الضوابط السلوكية.

وتوجــد الخيالات السادية في مرحلة الطفولة ولكن ممارسة سلوكها وأنشطتها تكــون فــي بداية سن الرشد، ويكون عادة مزمناً في أشكاله الشديدة، وقد لا تزداد لدى بعضهم الأفعال السادية بينما تزاد بمرور الوقت لدى البعض الآخر، وعندما يرتبط هذا الاضطراب بالشخصية المضادة للمجتمع فإنه قد يصبح خطراً ويقتل ضحيته.

التشخيص الفارق:

١-**الاغتصــاب أو العــدوان الجنســي:**قــد يصــاحب الســادية، ولكن في حالات الاغتصاب فقط لا يكون الألم الجنسي المشاهد في الضحية مثيراً جنسياً، بل قد يفقــد المغتصــب رغبته الجنسية عندما يشاهد ضحيته تتأذى، فيختلف الشخص المغتصب عن الشخص السادي جنسياً في أنه لا يجد الإثارة الجنسية في معاناة الضحية.

٢- **الأفعال السادية:**وهي الأفعال التي ترتكب في غياب الإثارة الجنسية في الجرائم المختلفة وفي تعذيب المساجين ولدى الأشخاص ذوي الصفات السادية.

٧-التوثين منحرف الملبس (Transvestic Fetishism):

يتميز هذا الاضطراب بقيام الشخص المضطرب بارتداء فعلي لملابس الجنس الآخــر أو تخــيل ذلــك للحصول على إثارة جنسية وكمساعدة في عملية الاستمناء أو الجمــاع الجنســي، وتــتكرر ممارسة هذا الشذوذ لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ويحتفظ الشخص عادة بمجموعة من الملابس النسائية ويرتديها عندما يكون وحيداً ويتخيل نفسه في الملابس النسائية التي يرتديها كأنه أنثى وحوله ذكور آخرون جذابون له.

ويحــدث هذا الاضطراب لدى الذكور فقط، ويبدأ في مرحلة الطفولة أو بداية مرحلة المراهقة، ويبدأ عادة جزئياً وينتهي كلياً، فقد يرغب بعضهم بمرور السنوات في ارتــداء الملابس النسائية طوال الوقت وإلى الأبد، ويرتدي بعضهم قطعة واحدة داخلية

أو أكــثر من قطعة، وقد يضع المكياج ويرتدي الملابس النسائية كاملة، ويفضل هؤلاء الذكــور عادة الجنس المقابل، وإن خبراتهم الجنسية مع النساء نادرة، وأحياناً ينخرطون بعلاقات جنسية مثلية.

وقــد تختفــي لدى بعض المضطربين الإثارة الجنسية المرتبطة باللبس، ولكن يســتمر الجــنس كمضاد للقلق، ويشخص الاضطراب في هذه الحالة اضطراب الهوية الجنسية(Gender identity disorder).

التشخيص:

١) وجود نزعات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسياً متكررة لدى الذكر لتفضيل الجــنس الآخر حول ارتداء الملابس النسائية، وتتكرر هذه النزعات لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

٢) لا تتفق مواصفات هذا الاضطراب مع مواصفات اضطراب الهوية الجنسية.

التشخيص الفارق:

١- اضــطراب الهويــة الجنســية: حيث يرتدي المضطرب ملابس الجنس الآخر لتخفيف التوتر، ويتم ذلك دون حدوث إثارة جنسية.

٢- اضطراب عدم قبول الجنس: يكون مصحوباً بإحساس دائم بعدم مناسبة جنسه له ووجود رغبة مستمر في تغييره.

٣- الجنســية المثلــية: أحــياناً يرتدي لباساً مغايراً لجذب ذكر آخر إليه، ولكن لا يسبب له هذا الارتداء إثارة جنسية.

٨-التبصص (**Voyeurism**):

يتمــيز اضـــطراب التبصص بنزعات جنسية شديدة متكررة أو خيالات جنسية مثــيرة من خلال ملاحظة آخرين يتعرون أو يمارسون الجنس، ويهدف هذا التبصص بالحصــول علــى إثــارة جنسية ولا يبحث عن نشاط جنسي، فالنشاط الجنسي المعتاد

يتضمن عادة إثارة جنسية من ملاحظة الشريك عارياً أو أثناء خلع ملابسه، ولكنه لا يكون غريباً عنه وتحدث الذروة الجنسية لدى المضطرب من خلال ممارسة العادة السرية أثناء التبصص أو بعد ذلك من خلال تذكر ما شاهده مسبقاً، ويبدأ اضطراب التبصص عادة قبل سن الخامسة عشرة، ثم يصبح مزمناً بعد ذلك.

التشخيص:

١) وجود نزعات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسياً متكررة ترتبط بملاحظة شخص غريب عارياً، أو خلال ممارسته لنشاط جنسي، وتتكرر هذه النزعات لمدة ستة أشهر.

٢) يمارس الشخص المضطرب هذه النزعات أو ينزعج منها بشدة.

٩-الشذوذات الجنسية غير المصنفة في مكان آخر
(Paraphilia Not Otherwise Specified):

هي مجموعة من الاضطرابات تتضمن الشذوذات الجنسية التي لا تتفق مواصفاتها مع مواصفات أيٍّ من المجموعات المحددة سابقاً، منها:

١- الإثارة الجنسية (الدعارة) من خلال الهاتف (Telephone Scatologia).
٢- شذوذ اشتهاء الموتى (Necrophilia).
٣- شذوذ الولع بجزء من الجسم (Partialism).
٤- شذوذ الولع بالحيوانات (Zoophilia).
٥- شذوذ الولع بالبراز (Coprophilia).
٦- شذوذ الولع بالبول (Urophilia).
٧- شذوذ الولع بالحقن الشرجية (Klismaphilia-Enemas)

علاج الشذوذات الجنسية:

يتم علاج الشذوذ الجنسي عن طريق العلاج النفسي (العلاج النفسي التبصيري والعلاج السلوكي)، فالعلاج النفسي التبصيري يفهم من خلاله صراعات المضطرب

النفســية والأحداث التي تسبب عنها الشذوذ، وخاصة أحداثه اليومية التي تحرك نزعاته الجنسية الشاذة (مثل بعد رفض واقعي أو متخيل)، ويعمل العلاج النفسي على إعادة ثقة المريض بنفسه، ويساعده على تحسين مهاراته الاجتماعية كما يساعده في إيجاد الطرق المثلى للإشباع الجنسي.

أمـــا العـــلاج الســـلوكي فيُستخدم كثيراً في علاجات الشذوذات الجنسية لإزالة الـــنمط الشـــاذ المتعلم من السلوك (كالصدمات الكهربائية أو الروائح الكريهة، حيث يتم دمجها مع النزعة التي سوف تتناقص).

ويســـاعد في إنجاح العلاج وجود دافع قوي لدى المضطرب للتغيير والعلاج، فعـــندما يشـــعر بوجود المشكلة ويحضر بنفسه يكون تقبله للعلاج أسرع مما لو حضر للعلاج بإكراه من سلطة.

أمـــا العلاج الدوائي فيقتصر على الحالات التي يشخص فيها فصام أو اكتئاب حيث يعطى الدواء المناسب، وهناك دواء يتركب من البروجستيرون يسمى ميدروكسي بروجســـتيرون (Medroxy Progesterone) يستخدم بفعالية في بعض الدول لتخفيف حالات زيادة الرغبة الجنسية التي لا يمكن للشخص السيطرة عليها.

٢-اختلال الوظيفة الجنسية (Sexual Dysfunctions)

ولا تشـــخص هـــذه المجموعـــة من الاضطرابات إذا كان سبب الاضطراب عضوياً، مثل وجود اضطراب جسمي أو دواء، أو إذا كان راجعاً إلى اضطراب عقلي آخر.

١) اضطرابات الرغبة الجنسية (Sexual Desire Disorders)

يقسم هذا الاضطراب إلى:

أ-اضطراب نقص الرغبة الجنسية (Hyposexual Desire Disorder):

يتميز هذا الاضطراب بنقص أو غياب الرغبة الجنسية و بتكرار أو استمـــرار

نقص أو غياب الرغبة للممارسة الجنسية، ويشخص الأخصائي هذه الحالة بعد أن يأخذ بنظر الاعتبار العوامل المؤثرة على الرغبة الجنسية، مثل الجنس والسن والحالة الصحية العامة والحالة الاجتماعية.

وليس سبب هذا الاضطراب عضوياً أو راجعاً إلى إصابة الشخص باضطراب آخر، مثل القلق أو الاكتئاب النفسي وإن كان من الممكن أن يصاحبه.

ب- اضطراب تجنب اللقاء الجنسي (Sexual Aversion Disorder):

يتميز هذا الاضطراب بتكرار التجنب لكل أو لأغلب اللقاءات الجنسية مع الشريك الجنسي، ولا يستبعد حدوثه خلال مسار اضطراب نفسي آخر مثل الوسواس القهري أو الاكتئاب.

الأسباب:

1. **عوامل بيولوجية:**

قد يتسبب هذا الاضطراب نتيجة لتعاطي أدوية تؤثر على نشاط الجهاز العصبي المركزي، فهي إما تثبط عمله أو تقلل من إفراز هرمون التستستيرون مما ينتج عنه نقص في الرغبة الجنسية، أو قد يتسبب نتيجة لوجود مرض جسمي حاد ينتج عنه نقص الرغبة الجنسية أيضاً، أو بعد إجراء عملية جراحية تكون قد أثرت على شكل الجسم، مثل استئصال الثدي جراحياً أو استئصال الرحم أو البروستات.

2. **عوامل نفسية:**

يعتبر نقص الرغبة الجنسية طريقة دفاعية للحماية من مخاوف لا شعورية حول الجنس تثبط الرغبة أو تسبب التجنب للممارسة الجنسية.

وقد اعتبر فرويد أن نقص الرغبة الجنسية يعود إلى عدم حل الصراع الأوديبي والتثبيت في المرحلة القضيبية، أو الخوف من المهبل أن يقطع القضيب إذا اقترب منه، ومن ثم فإنه يتجنب جهاز الأنثى التناسلي كلياً، كما

يمكــن أن يكــون القلق المزمن أو الاكتئاب سبباً لنقص الرغبة الجنسية، وقد يكون نقص الرغبة تعبيراً عن العداء للشريك الجنسي.

٢) اضطرابات الإثارة الجنسية (Sexual Arousal Disorders)

تشمل اضطرابات الإثارة الجنسية لدى الذكر والأنثى على السواء:

١. اضــطراب الإثــارة الجنسية لدى الذكر(Male Erectile Disorder)، (أو العنة) (Impotence):

يتمــيز هــذا الاضــطراب بفشل الرجل الجزئي أو الكلي في المحافظة على اســتمرارية انتصاب القضيب حتى إتمام العملية الجنسية، سواء كان هذا الفشل ثابتاً أو متكرراً، وقد تكون عنة أولية، حيث يفشل الرجل في إدخال قضيبه إلى فرج المرأة، أو عــنة ثانوية، حيث يكون قد نجح في ذلك في وقت ما من حياته الجنسية، ولكنه أصبح غــير قادر على ذلك حالياً، وهناك العنة الانتقائية، حيث ينجح الرجل أحياناً ويفشل في أحيانٍ أخرى، ويزداد معدل العنة مع تقدم السن، ولكن لوحظ أن توافر الشريك المناسب في سن الشيخوخة هو العامل الحاسم في استمرارية الطاقة الجنسية أو عدمها.

الأسباب:

أ- **عوامل بيولوجية:** هناك أمراض جسمية عديدة قد تسبب العنة، مثل التهاب الغدة النكفية، فشل وظائف القلب، الفشل الكلوي، تليف الكبد، نقص التغذية، مرض البول السكري، مرض أديسون، اختلال وظيفة الغدة النخامية في تنشيط الخصيتين، نقص نشاط الغدة الدرقية أو زيادة نشاطها، أمراض عصبية مثل التصلب المتناثر ومرض باركنسون، إصابة الحبل الشوكي، والتهاب الأعصاب الطرفي. وقد تتسبب العنة نتيجة لتأثير بعض المواد والأدوية المحدِثة للإدمان كالكحول والمورفين والكوكايين والأمفيتامين، أو نتيجة لتأثير العمليات الجراحية مثل استئصال البروستات عن طريق العجان أو العلاج بالإشعاع أو حالة الضعف العام الشديدة، وهناك بعض الأدوية التي تسبب العنة مثل بعض الأدوية المضادة للاكتئاب مثل الايميبرامين،الديسيبرامين،الكلوميبرامين، الأميتريبتيلين

ومثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الحيوية، وكذلك الليثيوم والليبريوم وبعض المطمئنات العظمى (مثل الفلوفينازين، الثيوريدازين، الكلوربروثكسين والبرفينازين، الرزربين، والهالوبيريدول) وبعض الأدوية المخفضة لضغط الدم المرتفع مثل الكلونيدين والمثيل دوبا.

ب- عوامل نفسية: فسر (فرويد) العنة بأنها عدم مقدرة الرجل على الجمع بين مشاعر الحب ومشاعر الرغبة تجاه نفس المرأة، ومثل هذا الرجل في نظر فرويد قد يستطيع ممارسة الجنس مع نساء أخريات، وهناك عوامل نفسية أخرى مثل الأنا الأعلى القاسي الذي يعاقب الشخص على نزعاته الجنسية، أو عدم الشعور بالأمان أثناء الممارسة أو الشعور بالدونية مع شريكته، أو الشعور بأنه غير مرغوب منها، ويتم التأكد من عدم وجود سبب عضوي للعنة من خلال معرفة التاريخ الجنسي المفصل للمصاب، فإذا وجد أن الانتصاب يحدث أحياناً بشكل تلقائي أو في الصباح الباكر ففي هذه الحالة تستبعد الأسباب العضوية للعنة، كما تستخدم الفحوصات المختبرية لمعرفة السبب العضوي مثل قياس معدل السكر في الدم، ومستوى الهرمونات في الدم (التستستيرون والبرولاكتين) ووظائف الكبد والغدة الدرقية.

٢. اضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى (Female Sexual Arousal Disorder):

يتميز هذا الاضطراب بفشل الأنثى الجزئي أو الكلي للحصول على الإثارة الجنسية حتى إتمام العملية الجنسية سواء كان هذا الفشل ثابتاً أو متكرراً، ويطلق أحياناً على هذا الاضطراب البرود الجنسي (Frigidity). ويرتبط البرود الجنسي لدى الأنثى بعدة عوامل نفسية، حيث تعبر الصراعات النفسية عن نفسها في تثبيط الإثارة الجنسية لدى الإناث، أو قد يكون السبب وجود ألم أثناء عملية الجماع، أو يصاحب نقص الرغبة الجنسية، بالإضافة إلى وجود علاقة بين معدلات الهرمونات في الدم والإثارة الجنسية، حيث لوحظ أن النساء السويات جنسياً تكون لديهم رغبة جنسية بصفة خاصة

قبل بدء الحيض (الدورة الشهرية) أما اللاتي يعانين من اختلالات الوظيفة الجنسية، فإنهن يشعرن بإثارة جنسية بعد الحيض أو في وقت التبويض.

٣) اضطرابات الذروة الجنسية (Orgasm Disorders)

أ) الذروة المثبطة لدى الذكر (Inhibited Male Orgasm):

يتميز هذا الاضطراب بالتأخر، أو غياب الذروة الجنسية لدى الذكر بشكل متكرر أو مستمر بعد مرحلة إثارة جنسية طبيعية خلال ممارسة جنسية طبيعية، ويرتبط هذا الفشل عادة بالمهبل، أما خارج المهبل فيستطيع الرجل الوصول إلى الذروة الجنسية بإثارة أخرى، مثل الاستمناء (العادة السرية)، وليس سبب ذلك اضطراباً نفسياً آخر مثل الاكتئاب. ويطلق على هذا الاضطراب أيضاً (تأخر القذف)، حيث يصل الرجل إلى مرحلة القذف بصعوبة خلال عملية الجماع (Retarded Ejaculation)، ويمكن أن يكون أولياً (إذا لم يستطع القذف خلال ممارسة جنسية إطلاقاً) أو ثانوياً (إذا حدث بعد فترة أداء طبيعي). وهناك فرق بين الذروة الجنسية المثبطة وبين القذف الراجع (Retrograde Ejaculation)، الذي يحدث في حالات استئصال البروستات أو تعاطي أدوية ذات مفعول مضاد للكولين (Anticholinergic) مثل مجموعة الفينوثيازين، حيث يرجع السائل المنوي إلى المثانة، وهناك من يحدث لديه القذف، ولكنه يشكو من غياب الشعور باللذة المصاحب لعملية القذف Orgasmic (Anhedonia).

الأسباب:

أ- **عوامل بيولوجية:**

بعد إجراء عملية جراحية للجهاز البولي التناسلي مثل استئصال البروستات أو مرض باركنسون، أو أمراض عصبية أثرت على المناطق القطنية والعجزية من الحبل الشوكي، أو استعمال بعض الأدوية المخفضة لضغط الدم المرتفع مثل المثيل دوبا، والجوانثيدين، ومجموعة الفينوثيازين.

ب- عوامل نفسية:

يكـــون السبب نفسياً في معظم حالات تثبيط الذروة الجنسية الأولي، حيث يعتقد الـــرجل المصاب بهذا الاضطراب الجنسي أن ممارسة العملية الجنسية هي فعل خاطـــئ يتسبب عنه الشعور بالذنب، وتوجد صعوبة في علاقته الحميمة خارج نطاق الجنس، وقد يعكس تثبيط الذروة الجنسية اضطراباً في العلاقة مع الشريك الجنســـي، أو يكون متناقضاً إزاء رغبة زوجته في الحمل، أو أن زوجته فقدت جاذبيتها الجنسية بالنسبة له، أو أنه يعبر عن عدوان مكبوت تجاهها.

ب) الـــــذروة المثـــــبطة لـــــدى الأنـــــثى (Inhibited Female Orgasm) :(Anorgasmia)

يتمـــيز هـــذا الاضـــطراب بالتأخر أو غياب الذروة الجنسية لدى الأنثى بشكل متكرر أو مستمر بعد إثارة جنسية طبيعية والتي تكون مناسبة في الشدة والمدة (بحسب حكـــم الأخصائي). وهناك تفاوت طبيعي في استجابة الأنثى الجنسية حيث تشير نظرية (فـــرويد) إلى وجوب انتقال الأنثى من حساسية البظر التي توصلها إلى الذروة الجنسية إلى حساسية المهبل التي تحقق لها الذروة وصولاً إلى النضج الجنسي، ولكن الكثير من النســـاء لا يصـــلن إلى هذه الذروة الجنسية إلا إذا صاحب الجماع إثارة للبظر. وتعتبر المـــرأة فاقدة الذروة الجنسية **أولياً** (Primary) إذا لم تصل إلى الذروة أبداً طيلة حياتها السابقة بأي نوع من الإثارة، **وثانوياً** (Secondary) إذا خبرتها المرأة ولو مرة واحدة مهما كان نوع الإثارة. ويرجع عدم حصول المرأة على ذروة جنسية إلى أسباب نفسية هـــي: الخـــوف من الحمل، رفض الشريك الجنسي، حدوث جرح في المهبل، الشعور بـــالعدوان تجاه الرجل، والشعور بالذنب تجاه النزعات الجنسية. وتكون الذروة الجنسية لـــدى بعـــض النساء مساوية لفقدان السيطرة على النفس، أو قد تكون مرتبطة بالسلوك العدوانـــي المدمـــر، ويعبر عن هذه المشاعر بتثبيط الذروة الجنسية أو الإثارة الجنسية، كمـــا أن للمحاذير الاجتماعية والقيم الثقافية المرتبطة بالكبت الجنسي أهمية في حدوث هـــذا الاضطراب، أو قد يكون سبب التثبيط أحياناً هو كون المرأة تعاني من إحباط أو

احتقان في الحوض وألم في أسفل البطن، بالإضافة إلى زيادة التوتر وسرعة الاستثارة والإجهاد الجسمي. وتصل نسبة فقدان الذروة الجنسية الأولي لدى النساء (٥%) فقط أما فقدان الذروة الجنسية الثانوي فيعتبر شكوى شائعة لدى النساء المتزوجات.

ج) سرعة القذف (**Premature Ejaculation**):

يتميز هذا الاضطراب بتكرار حدوث القذف قبل الولوج أو حتى بعد الولوج بثوان مع إثارة جنسية ضئيلة، ويراعى عند تشخيص هذا الاضطراب عوامل السن ونظرة الشخص إلى الجنس ومدة الإثارة الجنسية قبل الجماع. وأسباب هذا الاضطراب نفسية عادة، أهمها نفس أسباب العنة، بالإضافة إلى عدم الرضى عن الشريك الجنسي، والمخاوف المرتبطة بالفرج، والقلق المرتبط بالجماع، والتسرع والارتباك أو الخوف من آخرين يقيمون معه في نفس المسكن، أو وجود مشاكل في الحياة الزوجية.

٤) اضطرابات الألم الجنسية

(Sexual pain Disorders) (Dyspareunia)

يتميز هذا الاضطراب بوجود ألم ثابت ومتكرر في العضو التناسلي (الذكري أو الأنثوي) قبل أو بعد أو أثناء الممارسة الجنسية، ولا يتسبب هذا الألم عن نقص الترطيب أو انقباض المهبل أو أي سبب عضوي آخر. وقد يحدث هذا الاضطراب نتيجة للتوتر والقلق المرتبط بالعملية الجنسية، ويتبع هذا الألم انقباض في عضلات المهبل بشكل لا إرادي ويكون الألم إحساساً حقيقياً ومزعجاً وغير محتمل، وقد يحدث هذا الألم للرجال ولكنه غير شائع كشكوى مرضية.

التقلص المهبلي (**Vaginisum**)

هو تقلص لاإرادي يحدث في عضلات الثلث الخارجي في المهبل، حيث يمنع من ولوج القضيب في داخله أثناء الممارسة الجنسية دون وجود سبب عضوي، أو إذا كان عرضاً لاضطراب نفسي آخر. وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين النساء المتعلمات المنحدرات من طبقات اجتماعية راقية، وأسباب هذا الاضطراب نفسية، فقد يكون نتيجة لصدمة جنسية تعرضت لها الفتاة (مثل الاغتصاب) أو نتيجة للألم الذي قد تتعرض له

الفتاة من الجماع الأول الذي يتمزق فيه غشاء البكارة، أو قد تكون القيم التربوية المضادة للجنس هي المسؤولة عنه. وقد يكون التقلص المهبلي نتيجة لسوء معاملة الشريك أثناء الممارسة الجنسية وهذا التقلص المهبلي هو رفض له.

٣- اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة في مكان آخر

.(Sexual Dysfunctions Not Otherwise Specified)

وهي مجموعة من الاضطرابات التي لا يمكن تصنيفها تحت أي من الاضطرابات السابقة، مثل:

١- عدم الشعور باللذة وغياب الإحساس الشبقي رغم الأداء الفسيولوجي السليم لكل مراحل الوظيفة الجنسية (Orgasmic Anhedonia) نتيجة للشعور بالذنب.

٢- تجاهل الاستمتاع باللذة الجنسية، وهذا يُحدث انشقاقاً يعزل فيه الوجدان عن الخبرة الفسيولوجية المعاشة.

٣- بلوغ الذروة الجنسية لدى الأنثى بشكل يشبه سرعة القذف لدى الذكر.

٤- الإسراف في ممارسة العادة السرية تحت الشعور بالانزعاج والقهر في ذلك الإسراف.

٥- الألم في العضو التناسلي أثناء ممارسة العادة السرية.

٦- الصداع الذي يحدث بعد الجماع : يحدث هذا الصداع في المنطقة القفوية أو الجبهية، وهو غير معروف السبب، ولكنه قد يكون وعائياً أو ناتجاً عن توتر العضلات وانقباضها (Tension Headache)، وقد يرسب الجماع نوبات صداع الشقيقة (Migraine).

اضطرابات جنسية أخرى

(Other Sexual Disorders)

هذه المجموعة غير مصنفة ضمن الشذوذات الجنسية أو الوظيفية ومن أهمها:

١- اكتـئاب ما بعد الجماع (Post Coital Dysphoria): حيث يصبح الشخص بعـد الممارسـة الجنسـية المشبعة مكتئباً ومتوتراً ومشدوداً وسريع الاستثارة، وينسـحب مـن شريكه الجنسي بسرعة، وقد يؤذيه بالضرب أو بالألفاظ. وهذا الاضـطراب أكـثر شيوعاً لدى الرجال، ويرجع لموقف الشخص وأفكاره من الجـنس بشـكل عام خصوصاً في الممارسات غير الشرعية، حيث يكون سببه الخـوف مـن الإصـابة بالأمراض الجنسية وخاصة مرض الإيدز (AIDS)، وتعالج هذه الحالة علاجاً نفسياً.

٢- مشـاكل جنسـية مرتبطة بشكل الجسم: حيث يشعر الشخص تجاه جسده بعدم مناسـبته لمقايـيس الرجولة أو الأنوثة، وأحياناً يتسبب هذا الشعور في حدوث اضـطراب جنسـي، حيث يصر هذا الشخص على ممارسة الجنس في الظلام الدامس، ولا يسمح بلمس أو رؤية أجزاء معينة من جسمه.

٣- الدونجوانـية (Don-Juanism): حيـث يـبدو الشخص مفرطاً في ممارسة الجـنس ويحـتاج إلـى الممارسـة الجنسية المتكررة، ولكن هذا السلوك يخفي صـراعات عمـيقة من الشعور بالنقص، أو أن بعضهم لديه ميول جنسية مثلية لاشـعورية فيـتم إنكارهـا باتصالات جنسية قهرية متعددة مع النساء، وأغلب الدونجوانيين يفقدون اهتمامهم بالمرأة بعد الجماع.

٤- الغلمـة النسوية (السودة) (Nymphomania): حيث توجد لدى الأنثى رغبة جنسـية مرضـية للجماع، وأغلب هؤلاء المضطربات يعانين من اضطرابات جنسـية، وخاصة فقدان الذروة الجنسية، كما يوجد لديهن خوف شديد من فقدان الحـب، وتحـاول المـرأة فـي هذه الحالة أن تشبع اعتماديتها أكثر من خلال محاولتها المتكررة لإشباع نزعتها الجنسية.

٥- اضـطراب التوجه الجنسي (Sexual Orientation Distress): يعرف هذا الاضـطراب بالجنسـية المثلـية غـير المتوافقة مع الذات (Ego-Dystonic Homosexuality)، ويتميز بوجود رغبة لدى الشخص في أن يكتسب الإثارة

مــن خــلال علاقــة طبيعية مع الجنس الآخر، ولكنه يعاني من ميوله الجنسية المثلــية المتغلبة عليه والتي يرفضها داخلياً وينزعج منها. وقد تنعدم ميوله تجاه الجــنس الآخــر حيث لا يحرك الجنس الآخر شيئاً من غريزته الجنسية أو قد يحــركها ولكــن بدرجــة ضئيلة، وأحياناً يتجنب إقامة علاقة مع الجنس الآخر تخوفــاً مــن عدم التجاوب والفشل، أو قد تنجح علاقته بالجنس الآخر ولكنها لا تــدوم. وقد يكون لدى الشخص رغبة في الزواج وإنجاب الأطفال وبناء الأسرة ورغم استمرار هؤلاء الأشخاص في ممارستهم الجنسية المثلية إلا أنهم سرعان مــا يفقــدون استمتاعهم بها بسبب المشاعر السلبية والرفض الداخلي تجاه هذا الــتوجه الجنســي غــير الطبيعي. ويصاحب هذا الاضطراب أعراض الخجل والشــعور بالذنــب والعــزلة الاجتماعــية والاكتئاب والقلق، ويبدأ في مرحلة المــراهقة، وقــد يتقــبل المضطرب نفسه كجنوسي أو ينتقل للعلاقة مع الجنس الآخر والتي قد تصبح مشبعة.

الأسباب:

أ- عوامل بيولوجية:

تشير الدراسات البيولوجية إلى وجود نقص في معدل الهرمونات الجنسية الذكرية في الــدم لدى الجنوسيين من الرجال .. كما كشفت دراسات التوائم عن زيادة معدل تطــابق الجنسية المثلية بين التوائم المتماثلة عنها بين التوائم غير المتماثلة، مما يشــير إلــى أن هناك تهيئة جينية غير معروفة، ولكن دراسة الجينات الوراثية لدى كل من الجنوسيين والأسوياء لم تكشف عن وجود اختلاف بينهما.

ب- عوامــل نفســية: اعتــبر (فــرويــد) المثلية الجنسية توقفاً فــي النمو النفسي الجنســي عند مرحلة حب نفس الجنس (ما يشبه الذات) وعدم الانتقال إلى حب الآخــر، فالإنســان ينتقل من نرجسية حب الذات إلى حب الشبيه، ثم ينتقل إلى الميول الجنسية المغايرة. أما النظرية التحليلية فإنها تضيف أن الظروف النفسية المــبكرة فــي الطفولــة هي التي تسبب السلوك الجنسي المثلي، وأهمها ارتباط

الطفل الشديد بالأم والتوحد بها، وغياب دور الأب الفعال في حياة الطفل، وعدم تشجيع الأم للدور الرجولي لدى الولد (أو الدور الأنثوي لدى البنت)، أو النكوص إلى المراحل المبكرة من النمو النرجسي.

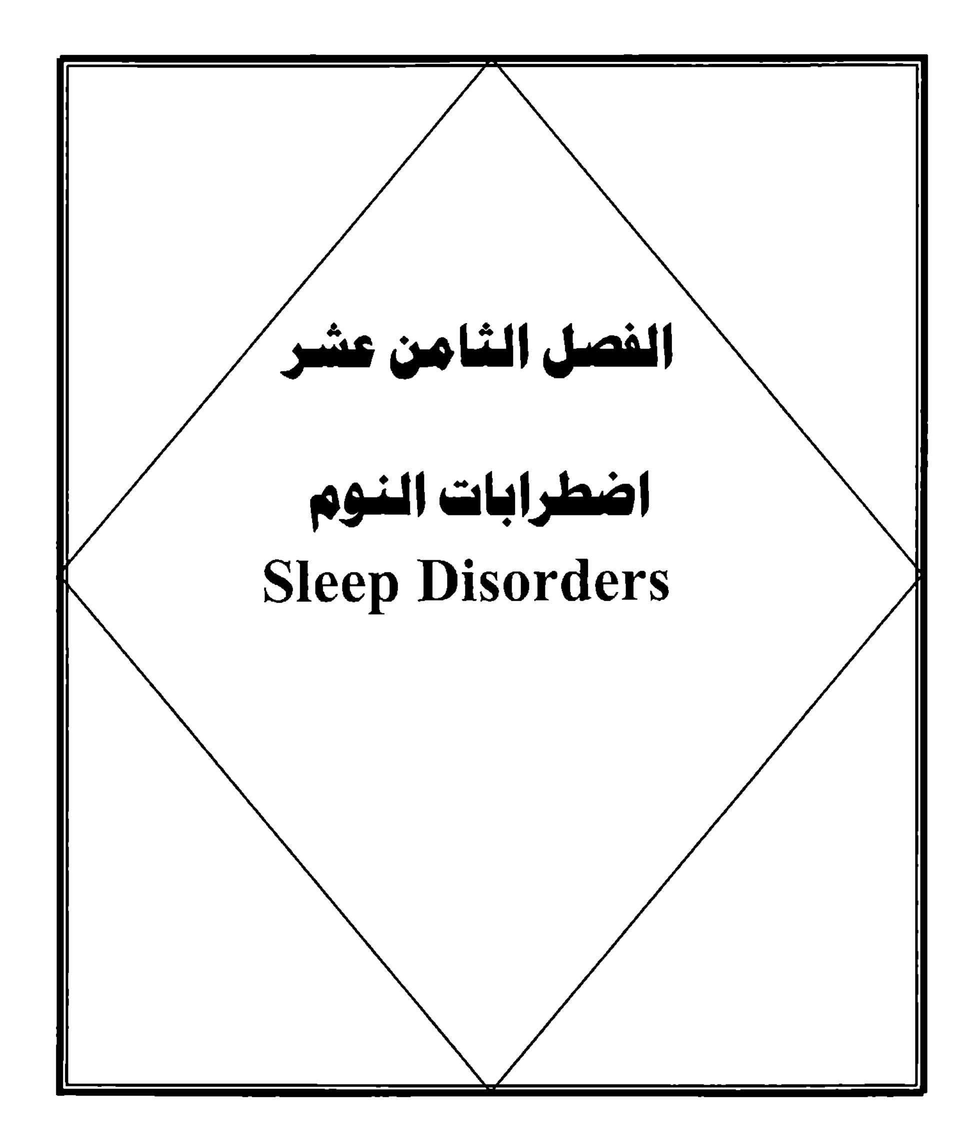
العلاج:

يتم بواسطة العلاج النفسي، فهناك العلاج التحليلي النفسي الذي يفيد بتغيير التوجه الجنسي داخلياً وتحقيق نضج النمو النفسي الجنسي الذي قد يكون سبباً في الاضطراب وإعادة ترتيب البناء النفسي للمضطرب، مما يدعم الميول الجنسية الغيرية، ولكنه يحتاج إلى الوقت الكافي. بالإضافة إلى العلاج السلوكي الذي ينمي تشريطاً تجنبياً للجنسية المثلية، ولكن في هذا العلاج قد يكون التغير سطحياً فقط، وقد يحدث تجنباً لكل الإثارات الجنسية المثلية والغيرية.

علاج الاضطرابات الجنسية:

يعتبر علاج هذا النوع من الاضطرابات أحد التخصصات الدقيقة جداً في الوقت الحاضر ضمن الإطار الطبي النفسي، ولذلك سوف نشير هنا إلى أنواعه فقط، وهي:

- العلاج النفسي الفردي: الذي يركز على اكتشاف الصراعات النفسية اللاشعورية والدوافع المسببة للاضطراب، وما يرتبط بها من خيالات، أو صعوبات مع الآخرين والتعاون مع هذه الصراعات.
- العلاج السلوكي: الذي يتوجه للاضطراب حسب نوعه بهدف تعديل السلوك الجنسي.
- العلاج الجماعي الذي يهيئ جواً جماعياً من أجل مساندة المضطرب نفسياً ومساعدته على إزالة معاناته.
- العلاج البيولوجي، مثل استخدام دواء الثيوريدازين في حالات سرعة القذف، أو الأدوية المضادة للاكتئاب في حالات الخوف المرتبط بالجنس، أو استخدام الهرمونات الجنسية في بعض الحالات.
- العلاج الزواجي والأسري.



الفصل الثامن عشر

اضطرابات النوم

Sleep Disorders

اضطرابات النوم
(Sleep Disorders)

تعتبر اضطرابات النوم أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في العالم، حيث يقدر عدد من يعاني الأرق ويبحث عن علاج في عام واحد (٣٠%) من عدد السكان، وسوف لا نتعرض هنا لوصف اضطراب النوم العابر؛ لأنه قد يكون جزءاً من الحياة اليومية المعتادة الذي يحدث نتيجة لانفعالات مؤقتة، أو قد يكون متسبباً عن ضغط نفسي اجتماعي، أو قد يترافق مع ظروف صحية سيئة تلم بالجسم؛ لذلك فهو غير مشخص ضمن هذه المجموعة، ولكننا سنعرض اضطرابات النوم المزمنة (التي تزيد مدتها عن شهر).

واضطرابات النوم شائعة ضمن أعراض الأمراض النفسية والجسمية، مثل الاكتئاب أو الأمراض الجسدية المصحوبة بآلام أو إحساس بعدم الراحة، أو بسبب تعاطي أدوية معينة، وإذا ارتبط اضطراب النوم بمرض نفسي آخر أو جسمي، فإنه يشخص كاضطراب نوم إذا كان عرضاً بارزاً.

يقسم اضطراب النوم إلى مجموعتين رئيسيتين:

أولاً: اضطرابات النوم (Dyssomnias): من حيث كمية النوم وكيفيته وتوقيته.

ثانياً: اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias): حيث تقع أحداث بارزة غير طبيعية تخل بالنوم.

أولاً: اضطرابات النوم (Dyssomnias)

وتتميز باضطراب كمية النوم أو كيفية النوم أو وقت النوم (إيقاعه)، وتشمل:

١- اضطرابات الأرق (Insomnias)

يتميز هذا الاضطراب بشكوى الشخص من صعوبة بدء النوم أو المحافظة عليه أو الشعور بعدم الراحة بعد النوم الذي يبدو كافياً في كميته، ويحدث على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر، وتكفي شدته لينتج عنها شكوى من الإجهاد خلال

ســاعات النهار، أو ظهور بعض أعراض اضطراب، مثل سرعة الاستثارة أو اختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار.

وفي حالات نادرة من الأرق قد لا توجد إعاقة ظاهرة في الوظيفة والعلاقات الاجتماعــية، ولا يشخص الاضطراب إذا كان الأرق فقط خلال مسار اضطراب إيقاع اليقظة والنوم، أو ناشئاً عن اضطراب الأحداث المخلة بالنوم.

أنواع الأرق:

١- أرق يعزى إلى اضطراب نفسي آخر.

٢- أرق يعزى إلى سبب عضوي معروف.

٣- أرق أولي (Primary Insomnias).

يــتفاوت الوقــت الطبيعــي الذي يستغرقه أي شخص للدخول في النوم بشكل كبــير، فهــناك تفــاوت فــي كمــية الــنوم الطبيعــية اللازمــة لأي شخص ليشعر بالــراحة والتــيقظ، ولكــن معظــم الــناس يبدأون النوم خلال ثلاثين دقيقة من تهيئة الجــو المناســب للــنوم والاســتلقاء فــي الفــراش، ويستمر النوم عادة من أربع إلى عشــر ســاعات، ويصــاحب اضطراب الأرق شكاوى متعددة وغير محددة، من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز.

ويــبدأ هــذا الاضــطراب عند أي سن، ولكنه يصبح متزايداً مع تقدم العمر، وخاصــة الأرق الــذي يــرجع إلــى ســبب عضوي، بينما يعتمد الأرق الذي يعزى إلــى اضــطراب نفســي آخــر علــى الحالــة، أمــا الأرق الأولي فهو متفاوت، فقد يكــون صــيراً وخاصــة إذا كــان سببه تعرض الشخص لظروف ضاغطة نفسية أو اجتماعية، وقد يكون طويلاً ويستمر لعدة سنوات. وأهم مضاعفات اضطراب الأرق هو الإدمان الناتج عن تعاطي أدوية مهدئة أو منومة أو كحول من أجل الدخول في النوم.

التشخيص الفارق:

يعتبر الأرق عرضاً شائعاً للعديد من الاضطرابات العقلية والجسمية، ولكنــه

يوضع كتشخيص إضافي فقط عندما يكون اضطراب النوم شكوى بارزة:

١- اضطراب إيقاع اليقظة والنوم: يختفي الأرق في هذه الحالة إذا سُمح للشخص أن ينام تبعاً لنمط نومه ويقظته المعتادة.

٢- اضطراب زيادة النوم: قد يوجد الأرق، ولكن تكون الشكوى السائدة هي كثرة النوم كما في حالة النوم الانتيابي (Narcolepsy)، حيث يعاني الشخص أساساً من كثرة النوم أثناء النهار برغم شكواه من فترات أرق ليلاً.

٣- بعض الناس الذين يحتاجون لنوم قليل قد يشكون من الأرق، ولكن الأرق يشخص فقط إذا سبب نقص النوم إجهاداً أو خللاً وظيفياً أثناء فترة اليقظة.

١) الأرق الذي يعزى إلى اضطراب نفسي آخر:

ويتميز هذا النوع من الأرق بأنه يحدث نتيجة لاضطراب نفسي آخر، مثل الاكتئاب أو القلق، أو اضطراب الشخصية الوسواسية، كما يشخص هذا الاضطراب أيضاً عندما يكون الأرق ظاهرياً يرجع إلى تفاعل الشخص الانفعالي تجاه مرض عضوي يهدد حياته، مثل الاكتئاب كتفاعل لاحتشاء عضلة القلب (Cardiac Infraction).

الأسباب:

تشمل أسباب الأرق الناتج عن اضطراب نفسي أو ظروف بيئية:

١- القلق (توتر أو عصاب أو كبداية ذهان).

٢- انقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس.

٣- اختلال إيقاع اليقظة والنوم.

العلاج:

يتم علاج هذا النوع من الأرق بمعالجة الاضطراب المسؤول عن حدوث الأرق.

٢) الأرق الذي يعزى إلى سبب عضوي معروف:

وهو الأرق الناتج عن سبب عضوي معروف، مثل مرض جسدي أو تعاطي

أدويـــة منشـــطة، ولا يشـــخص إذا كـــان اضطراباً يعزى إلى تفاعل انفعالي مصاحب لمرض عضوي وليس راجعاً للحالة المرضية العضوية نفسها.

إن الكثـــير مـــن الأمراض الجسمية تسبب الأرق، مثل ألم المفاصل أو الذبحة الصـــدرية بسبب الألم الذي تحدثه، ولهذه الأمراض أعراض تختلف عند كل من اليقظة والنوم. وهناك أمراض جسمية تُحدث أعراضاً أثناء النوم فقط، مثل انقطاع النفس أثناء الـــنوم (Sleep Apnea)، حيث يكون تنفس الشخص طبيعياً أثناء اليقظة، ولكن خلال الـــنوم كثـــيراً مـــا تحدث فترات توقف عن التنفس. ويمكن أن يرتبط اضطراب الأرق بتعاطـــي الأدويـــة المنشطة، مثل الأمفيتامين أو تعاطي الاستيرويدات (Steroids) أو المقفـــلات الأدرينالـــية المركزية (Central Adrenergic Blockers)، أو موسعات الشعب الهوائية، كما أن الاضطراب قد يرتبط بإدمان الكحول.

٣) الأرق الأولي:

وهو الأرق الذي لا ينتج عن وجود سبب آخر (نفسي أو عضوي)، حيث يجد الشخص صعوبة في الدخول إلى النوم، مما يسبب له زيادة التوتر ويختفي النوم، وقد يحدث الأرق الأولي كمضاعفات للأرق الذي يكون لـــه سبب نفسي آخر أو لـــه سبب عضوي معروف، وحينئذ يشخص بعد مرور شهر من زوال الأرق الذي رسبه أصلاً.

العلاج:

يتوقف علاج اضطراب الأرق على الحالة التي تدفع إليه، وقد يعزى القلق إلى الضوضـــاء أو الضـــوء أو الـــتهوية السيئة أو عدم النوم في مكان مريح أو لظروف أخـــرى. ويمكـــن الـــتخلص من الأرق في هذه الحالات بالتخلص من أسبابه كالحمام الساخن أو بسماع الموسيقى الهادئة أو التدليك والتدريب على الاسترخاء قبل النوم، كما ينصـــح المـــريض المصاب باضطراب الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم فقط، وإذا لم يدركه النوم خلال خمس دقائق عليه أن ينهض لعمل شيئ آخر، وقد يكون تغيـــير مكان النوم مفيداً، وكذلك يفيد العلاج النفسي في فهم أسباب الأرق والعمل على

حلها. أما إعطاء الأدوية المهدئة أو المنومة من أجل الحصول على النوم، فيحمل خطر التعود والإدمان على هذه الأدوية.

٢- اضطرابات فرط النوم (Hypersomnia Disorders)

وتتمـــيز هذه الاضطرابات بزيادة النوم أثناء النهار أو نوبات من النوم بسبب نقـــص كمية النوم، وفي أحيان نادرة يستغرق الانتقال من النوم إلى اليقظة وقتاً طويلاً (ثمالـــة النوم) (Sleep Drunkenness)، ويتكرر ذلك كل يوم تقريباً ولمدة شهر على الأقل، أو يحدث على شكل نوبات تبقى لفترات طويلة من الزمن، وتكفي شدته لحدوث خلل وظيفي أو إعاقة للأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات بالآخرين، وتتفاوت هذه الإعاقـــة حســـب شـــدة الاضطراب، ولا يشخص اضطراب كثرة النوم إذا حدث خلال مســـار اضطراب إيقاع النوم واليقظة .. ومن مضاعفات هذا الاضطراب عدم الاحترام للـــذات والاكتـــئاب والـــتعرض للحوادث بسبب النوم أثناء قيادة السيارة مثلاً أو إدمان المنشطات والمنبهات التي تعطى كعلاج.

وكثرة النوم على أنواع:

١- فرط النوم بسبب مرض نفسي آخر (غير عضوي).

٢- فرط النوم بسبب عضوي معروف.

٣- فرط النوم الأولي (أي بدون سبب).

التشخيص:

١- وجود شكوى واضحة من:

أ- زيادة النعاس (Sleepiness) أو وجود نوبات من النوم خلال ساعـــات النهـــار وليس سببها نقص كمية النوم.

ب- استغراق المصاب وقتاً طويلاً للانتقال من النوم إلى اليقظة (ثمالة النوم).

٢- تكون هذه الشكوى يومية تقريباً ولمدة لا تقل عن الشهر، أو في نوبات لفترات طويلة وكافية لإحداث خلل في الوظيفة والأنشطة المعتادة والعلاقات بالآخرين.

٣- لا يعزى حدوث هذه النوبات إلى مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة.

التشخيص الفارق:

١- زيادة النوم قد ترتبط بالعديد من الأمراض العضوية، ولكن نادراً ما يكون شكوى واضحة ومستمرة لمدة لا تقل عن شهر وبشكل يومي تقريباً.

٢- زيادة النوم لدى مرضى الاكتئاب شائعة، ولكن نادراً ما تكون شكوى واضحة.

٣- في الصرع النفسي الحركي: قد تختفي نوبات النوم الانتيابي خلال نوبة الصرع النفسي الحركي، ولكن خلال الصرع يلاحظ حدوث حركات مواظبة، مثل تكرار البلع وحك اليدين ببعضهما.

١- **فرط النوم الناتج عن اضطراب نفسي آخر (غير عضوي):** يتميز هذا النوع من الاضطراب بزيادة النوم التي تعزى ظاهرياً لاضطراب عقلي آخر (نفسي)، فقد تحدث كثرة النوم في اضطرابات الوجدان خاصة الاكتئاب، وغالباً يعزى الشخص كثرة نومه أثناء ساعات النهار إلى نومه غير المريح أثناء الليل.

٢- **فرط النوم لسبب عضوي معروف:** وهي كثرة النوم بسبب حالة جسمية مرضية أو تعاطي مادة مثل القنب أو الأدوية المهدئة أو الأدوية المخفضة لضغط الدم المرتفع، والحالات العضوية الناشئة عن اضطراب مراكز النوم تصل إلى (٨٥%) من حالات زيادات النوم، منها حالات انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep Apnca)، والنوم الانتيابي (Narcolepsy) ومتلازمة الأرجل غير المستريحة (تقلص عضلات الساقين أثناء النوم) (Rcstless Legs Syndrom). وهذا الاضطراب في حالات النوم الانتيابي يكون مصحوباً بنوبات من ارتخاء العضلات المفاجئ، وتبدأ بانفعالات قوية قد ينتج عنها السقوط، مع نوم غير طبيعي من النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM)، ويحدث في نوبات متكررة تكون مليئة بالأحلام يفهمها الشخص على أنها هلاوس الدخول في النوم أو المصاحبة للاستيقاظ، كما يصاحبه شلل النوم (هو انعدام حركة الشخص أثناء النوم أو عند استيقاظه المفاجئ).

والنوم الانتيابي ليس اضطراباً نفسياً وليس نوعاً من الصرع، ولكنه اضطراب في آليات النوم خاصة الآليات المثبطة للنوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) ويحدث النوم الانتيابي في أي عمر ولكنه أكثر حدوثاً في سن المراهقة والشباب، حيث يبدأ غالباً قبل سن الثلاثين وتزداد الإصابة به بين أفراد الأسرة الواحدة. وهذا الاضطراب ليس اشتدادياً، ولكن خطورته تكمن في حوادث السيارات أو التعرض للحوادث أثناء العمل، ويتم علاج النوم الانتيابي بأخذ أقساط من النوم على فترات منتظمة أثناء ساعات النهار، وقد يكفي هذا العلاج دون استعمال أدوية منشطة، ولكن قد يلزم أحياناً في بعض الحالات استعمال الأدوية المنشطة، (مثل الأمفيتامين أو المثيل فينيدات) وأحياناً توصف معها الأدوية المضادة للاكتئاب.

أما انقطاع النفس أثناء النوم فإنه يصيب في الغالب من لديهم سُمنة والأشخاص المعرضين للإصابة بارتفاع ضغط الدم مع اختلال في نبضات القلب، وأحياناً يصيبهم الصداع والعنة، ويبدأ انقطاع النوم في منتصف العمر ويشتد مع تقدم العمر، حيث تظهر عليهم أعراض سرعة استثارة ودرجات متفاوتة من الخلل المعرفي كالتشتت والتغيم ونقص الإدراك والذاكرة، ويندر حدوث حالات انقطاع النفس لدى السيدات قبل سن اليأس ثم يماثلن الرجال في الإصابة بعد هذه السن.

الأسباب:

١- النوم الانتيابي (Narcolepsy).

٢- انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep Apnea).

٣- زيادة النوم التي تحدث نتيجة لوجود اختلال غير معروف في الجهاز العصبي المركزي (Idiopathic C.N.S Hypersomnolence): وهي نوبات من النوم تحدث أثناء ساعات اليقظة ولكن يمكن مقاومتها، وهي أطول في مدتها ولا يشعر الشخص بعدها بنشاط، وتسبقها فترات من الدوخة، ويعزيها البعض إلى وجود خلل في أيض الدوبامين.

٤- متلازمة كلين ـ لفين (Kleine-levin Syndrom): وهي نادرة الحدوث،

حيث تحدث فيها فترات من النوم متكررة وطويلة، ويكون الشخص فيها في عزلة عن الناس أثناء اليقظة، ويلاحظ عليه تبلد المشاعر وسرعة الاستثارة وتغيم الوعي وفقدان التثبيطات الجنسية، مع ضلالات وهلاوس واضطراب الاهتداء وخلل الذاكرة، وعدم تناسق الحديث ويصاحبها زيادة الشهية للطعام، وهو اضطراب متراجع ذاتياً.

٥- المتلازمة المصاحبة لنزول الحيض (Menstrual-Associated Syndrom): تحدث زيادة النوم بشكل ملحوظ في الفترة التي تسبق نزول الحيض مباشرة وتشبه متلازمة كلين لفين إلى حد كبير، ويعزى سببها إلى اختلال هرموني.

٦- ثمالة النوم (Sleep Drunkenness) : وهي شكل شاذ من الاستيقاظ تطول فيه فترة وضوح الوعي والتركيز.

٣- فرط النوم الأولي: يتميز هذا الاضطراب بزيادة كمية النوم الثابتة التي لا تعزى لسبب عضوي معروف أو لسبب نفسي آخر، وقد يكون فرط النوم في بعض الحالات رد فعل للنوم غير المريح الذي لا يعرف له سبب، أو قد يكون استجابة لظروف ضاغطة أو نمط من التكيف الذي يتميز بنقص الإحساس بهدف للحياة في حالات أخرى.

٣- اضطرابات إيقاع اليقظة والنوم
(Sleep -Wake Schedule Disorders)

تتبع أغلب الوظائف البيولوجية إيقاعاً منتظماً خلال فترة اليوم، وهو ما يطلق عليه الإيقاع البيولوجي اليومي، ويحدث هذا الإيقاع للناس حتى لو عاشوا في أجواء أزيلت منها كل مؤشرات الوقت من اليوم، واضطراب إيقاع اليقظة والنوم يحدث فيه تناقض بين النظام اللازم لبيئة الشخص وبين إيقاع نوم الشخص اليومي، ويتبع هذا الاضطراب شكوى إما من الأرق أو فرط النوم. يختل إيقاع اليقظة والنوم بصورة اعتيادية عندما يغير الناس مواطن الإقامة في المناطق التي يختلف فيها التوقيت اليومي

بســرعة (خــلال السفر بالطائرة). ولتشخيص اضطراب إيقاع اليقظة والنوم لابد من وجــود الأرق أو فــرط النوم لدى المضطرب بدرجة شديدة تصل إلى الشكل المرضي لكل منهما، وهناك أنواع من اضطراب اليقظة والنوم، هي:

١. الــنوع كثــير التغير (Frequently Changing Type): يتميز بأن اضطراب نظــام الــيقظة والنوم راجع ظاهرياً إلى تغير وقت النوم كثيراً، ويكون مرتبطاً عــادة بكــثرة السفر والطيران من مناطق يختلف فيها التوقيت أو تغير مواعيد العمــل مــن خلال العمل على فترات مختلفة، ويحاول الشخص في أيام العطل اســتعادة نظام نومه العادي، ولكن دون جدوى. ولأسباب غير معروفة تتفاوت قــــدرة الناس على تحمل التغير المتكرر في نظام اليقظة والنوم، فبعض الناس يعملــون فــي نظــام فترات عمل متغيرة لعدة سنوات دون أن تتسبب لهم بأي متاعــب وبعضــهم الآخر لا يستطيع احتمال التغير، وبصورة عامة فإن كبار السن يعانون من صعوبات التكيف مع التغيرات المتكررة لنظام اليقظة والنوم.

٢. النوع المتقدم أو المتأخر (Advanced or Delayed Type): يتميز هذا النوع بكــون بدايــة الــنوم ونهايته إما متقدمة بطريقة واضحة أو متأخرة بالنسبة لما يرغــبه الشــخص مــن النظام التقليدي لمجتمع معين. ففي النوع المتقدم يأوي الشــخص إلــى فراشه مبكراً جداً رغماً عنه، ولكنه يستيقظ من نومه في الثالثة صــباحاً أو قــبلها. أمــا فــي النوع المتأخر فيجد الشخص صعوبة شديدة في اســتيقاظه في الصباح الباكر، وغالباً ما يذهب للنوم في الثالثة صباحاً ويستيقظ في الساعة الحادية عشر قبل الظهر.

ويلاحظ هذا النوع كثيراً لدى الشباب ذوي النظام المرن في العمل والارتباطات الاجتماعــية (مثل الطلاب وغير الموظفين)، كما يكثر لدى محبي السهر الذين يــزداد إحساسهم باليقظة أثناء الليل، وهذا النوع بخلاف النوع المتقدم الذي يكثر لــدى كــبار السن، وفيه يقظة مبكرة يجب تمييزها من أرق الصباح الباكر في حالات الاكتئاب.

٣. النوع غير المنتظم (Disorganized):يتميز بالعشوائية حيث لا توجد فترة عظمى للنوم، ويحدث لدى الأشخاص غير الملتزمين بنظام نوم معين، وقد يكونون كبار السن أو طريحي الفراش لمرض يتخطفون أوقاتاً قصيرة من النوم أثناء النهار. وهذا النوع لا يشخص للأشخاص الذين تكون لهم حاجة تكوينية لنوم قليل، وكذلك لا يشخص لمن لا يسبب لهم هذا النوع معاناة خلال ساعات اليقظة.

ويصاحب اضطراب إيقاع اليقظة والنوم الشعور بالتغيم والكسل والوهن ونقص الطاقة وسرعة الاستثارة، وتكون الإعاقة بشكل خلل متفاوت في العمل والعلاقات الاجتماعية. أما مضاعفاته، فهي عدم التركيز والحوادث والاضطرابات الجسمية، مثل قرحة المعدة.

التشخيص:

يحدد في تشخيص اضطراب إيقاع اليقظة والنوم ما يأتي:

١- النوم المتقدم أو المتأخر تبعاً لبداية النوم ونهايته (إما متقدم أو متأخر) ودون تداخل أدوية أو ظروف بيئية بالنسبة لما يرغبه الشخص.

٢- النوم غير المنتظم بسبب تفاوت وقت النوم غير المنتظم وغياب فترة عظمى للنوم.

٣- النوع الكثير التغير: تغير متكرر في نظام اليقظة والنوم مثل السفر إلى مناطق مختلفة التوقيت أو العمل في فترات عمل مختلفة الأوقات.

٤- اضطرابات النوم غير المصنفة في مكان آخر (Dyssomnias Not Otherwise Specified)

تتميز بالأرق أو فرط النوم الذي لا يمكن تصنيفه بأي من المجموعات السابقة.

ثانياً: اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias)

يتميز بوجود حدث غير طبيعي يقع أثناء النوم أو عند بداية النوم وتتركز

الشكوى السائدة على الحدث، وتشمل:

١-اضطراب الكوابيس الليلية

(Night Mare Disorder) (Dream Anxiety Disorder)

يتميز هذا الاضطراب باستيقاظ الشخص المتكرر من النوم مع تذكر تفاصيل لحلم مخيف، ويعيش الشخص هذه الأحلام أثناء النوم ويكون محتواها تهديداً لحياته أو لشعوره بالأمان أو احترامه لذاته، وتسبب خبرة معايشة الحلم إزعاجاً شديداً للشخص، وهذا الحلم الذي يعتبر باعثاً على القلق غالباً ما يتزايد مع وجود ضغوط نفسية، ويقل مع الإجهاد الجسمي، ونادراً ما يحدث مع تغير ظروف النوم، وهذا الاضطراب لا يشخص إذا كان سبب بدايته أو استمراريته نتيجة لتأثير عامل عضوي أو كيميائي مثل تعاطي دواء معين.

وتحدث نوبات الحلم المفزع عادة خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM)، ولكنها قد تحدث أحياناً في أي وقت من الليل، وتزداد قرب نهاية النوم مع زيادة هذا النوع من النوم، وخلال الحلم المفزع يلاحظ وجود نشاط في الجهاز العصبي المستقل، ونادراً ما تلاحظ حركات الجسم خلال النوبة؛ لأن النوم المصحوب بحركة العين السريعة يرتبط بفقدان قدرة العضلات على الحركة وتثبيط حركة الجسم. وسرعان ما يصبح الشخص مهتدياً ويقظاً عندما يستيقظ من الحلم المخيف، ويمكنه تذكر تفاصيل الحلم، وكثيراً ما يجد صعوبة في العودة إلى النوم.

وأشارت بعض الدراسات إلى أن حدوث هذا الاضطراب مرتبط بقدرة فنية، بالإضافة إلى وجود صفات شخصية تتمثل بعدم الثقة والاغتراب وزيادة الحساسية أو أنماط من الشخصية شبه الفصامية أو الحدية. ويبدأ هذا الاضطراب في أكثر من نصف الحالات قبل سن العاشرة من العمر، ولبعض الحالات قبل سن العشرين، ويصيب النساء أكثر من الرجال، ولوحظ أن هناك ظروفاً ضاغطة تسبق بدء الاضطراب في حوالي (٦٠%) من الحالات يتفاوت فيها معدل النوبات للشخص الواحد، كما تتكرر

أحـــياناً الأحوال المفزعة ثلاث مرات أسبوعياً، وكثيراً ما يختفي هذا الاضطراب تلقائياً لدى الأطفال، أما البالغون فإنه يبقى لديهم لعشرات السنين. ولا يُحدث هذا الاضطراب إعاقة شديدة أثناء ساعات اليقظة.

التشخيص الفارق:

لا يشخص اضطراب الكوابيس الليلية في حالة وجود سبب عضوي معروف، مـــثل تعاطـــي أدوية معينة (مثل الرزربين والبنزوديازبين والأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثـــية الحلقـــات والثيوريدازيـــن)؛ لأنهـــا تســـبب أحلامـــاً مزعجة، كما أن التوقف المفاجئ عن تعاطي الأدوية المثبطة للنوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM)، مـــثل الأدويـــة المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات يسبب زيادة هذا النوع من النوم كرد فعـــل، وكذلـــك يـــزداد احتمال حدوث الأحلام المزعجة، فإذا كان السبب أياً من هذه العوامل العضوية فإنه يُشخص على أنه اضطراب مخل بالنوم غير المصنف في مكان آخر.

العلاج:

يـــتم بواســـطة العلاج النفسي من أجل فهم الصراعات النفسية؛ لأنه قد يكون عقاباً للنفس.

٢- اضطراب الفزع أثناء النوم (Sleep terror disorder)

وهـــو اضـــطراب تتكرر فيه نوبات من الاستيقاظ المفاجئ من النوم، وتكون الـــبداية عـــادة بصرخة هلع تحدث في الثلث الأول من النوم خلال فترة النوم العظمى وأثـــناء الـــنوم غير المصحوب بحركة العين السريعة (N. R.E.M.S) الذي يكثر فيه نشاط الموجات البطيئة (Delta) في تخطيط الدماغ الكهربائي، وهي المراحل (٣،٤)، وتـــتراوح مدة هذه الحالة من دقيقة إلى عشر دقائق، ويستيقظ الشخص مفزوعاً، وتبدو علـــيه علامـــات الخـــوف (اتساع فتحة البؤبؤ والتعرق الغزير ووقوف الشعر وسرعة التـــنفس وسرعة النبض)، ولا يستجيب الشخص لمحاولات التهدئة إلى أن يقل الفوران الداخلـــي وتغيم الوعي. وقد يذكر الشخص بقايا حلم قبل اليقظة، ونادراً ما يكون الحلم

حياً وكاملاً، ويتم عادة نسيان النوبة كاملة في الصباح، وتزداد هذه النوبات عندما يكون الشخص مجهداً أو يعاني من ضغوط نفسية. ويسبق النوبة الشديدة حدوث بطء في إيقاع تخطيط الدماغ الكهربائي بصورة زيادة في ارتفاع موجات دلتا أكثر من المعتاد، مع بطء التنفس وإيقاع القلب، وتصاحب بدء النوبة سرعة في نبضات القلب، وكذلك تخطيط الدماغ الكهربائي بما يشبه حالة اليقظة، ويصاحب هذا الاضطراب حدوث أعراض أخرى لاضطراب نفسي لدى البالغين، مثل القلق العام والاكتئاب. يبدأ الاضطراب عادة في مرحلة الطفولة بين سن (٤-١٢) سنة، وكذلك في سن الرشد، ويبدأ في حالات نادرة بعد سن الأربعين، ويختفي هذا الاضطراب تلقائياً لدى الأطفال عند بلوغهم مرحلة المراهقة، أما إذا بدأ في سن الرشد فإنه يصبح مزمناً. ومن مضاعفات هذا الاضطراب إمكانية حدوث إصابة عضوية أثناء النوبة بسبب الفزع الشديد وتغيم الوعي.

التشخيص الفارق:

١- اضطراب الكوابيس الليلية.

٢- هلاوس الدخول في النوم: تكون مصاحبة بقلق، ولكنها تحدث عند بدء النوم، وتتكون من خيالات حية تبدأ عند الانتقال من اليقظة إلى النوم.

٣- نوبات الصرع: قد تحدث نوبات أثناء النوم مع تغيم وعي بعد النوبة، وقد تكون شبيهة باضطراب الفزع أثناء النوم، وعند ذلك يميز بينهما بواسطة تخطيط الدماغ الكهربائي.

العلاج:

إذا كان المصاب طفلاً تقوم الأم بتهدئة طفلها دون خوف أو صراخ ولا يلزم استعمال أدوية إلا في حالة ظهور أعراض أخرى مصاحبة، أما إذا كان المصاب بالغاً فيكون العلاج بواسطة العلاج النفسي، حيث يتم فهم ظروف الشخص النفسية والاجتماعية ومساعدته على التكيف الداخلي، ونادراً ما يلزم إعطاؤه أدوية مثل الفلورازيبام بجرعات قليلة.

٣- اضطراب المشي أثناء النوم (Sleep Walking Disorder)

وهـو اضـطراب تـتكرر فـيه نوبات من سلوكيات متتابعة تصل إلى ترك الشـخص فراشه أثناء النوم والمشي متجولاً دون وعي منه بالنوبة أو تذكرها، وتحدث الـنوبة عـادة خـلال الثلث الأول من النوم (أثناء النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة) والذي يشمل موجات دلتا في تخطيط الدماغ الكهربائي خلال المراحل (٣،٢) مـن هـذا الـنوع من النوم، وتبقى النوبة لدقائق قليلة أو قد تستمر إلى نصف ساعة. ويجلـس الشـخص خـلال النوبة النمطية، ويقوم بحركات وظوبية مثل مسك الغطاء وتـركه، وبعدهـا يقـوم بأفعال حركية شبه هادفة بالإضافة إلـى المشي تشمل أحياناً تغييـر الملابس وفتح الباب ودخول الحمام.

وقـد تنتهي النوبة قبل المشي أحياناً، ويكون وجه الشخص خلال النوبة شاحباً محملقـاً وغـير مستجيب نسبياً، ويمكن إيقاظه بصعوبة، ويكون التحكم الحركي خلال المشـي أثـناء النوم ضعيفاً، ولكنه قد يكون قادراً على رؤية الأشياء والدوران حولها. ولـيس صـحيحاً مـا يشـاع من أن الشخص يكون في مأمن من الحوادث أثناء سيره وهـو نـائم، بـل بالعكس؛ إذ إنه كثيراً ما يتعرض للاصطدام بالأشياء أو السقوط من مكان مرتفع.

ويختفـي هذا السلوك أحياناً بشكل تلقائي، وعندما يستيقظ الشخص يكون غير مـدرك للبيـئة مـن حولـه لعدة دقائق، وقد يعود إلى فراشه دون الوصول إلى حالة الوعي، أو قد يواصل نومه في مكان آخر حتى الصباح، ويندهش عندما يجد نفسه نائماً فـي مكـان آخر عند استيقاظه صباحاً؛ لأنه لا يذكر شيئاً مما حدث أثناء النوبة، وقد يذكر بقايا حلم غير كامل متتابع الأحداث.

إن تخطيط الدماغ أثناء النوم يكشف عن ظهور نوبات بطيئة متزايدة في الشدة في المرحلة الرابعة من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة وتسبق ظهور هذه الموجات حدوث النوبة مباشرة، ولكن عند بدء الشخص بسيره أثناء النوم يظهر خليط من الموجات المميزة لكل مراحل النوم غير المصحوب بحركة العين

السريعة وضعف فرق الجهد. ويصاحَب المشي أثناء النوم بالكلام الذي يكون عادة كلمات قليلة غير مميزة، أو قد تكون في حالات أخرى نوبات طويلة من الكلام عن حياة الشخص، ولكنه لا يكشف عن أسرار عميقة. والكلام أثناء النوم وحده يشخّص كاضطراب منفصل في الأطفال والكبار، ويحدث في كل مراحل النوم، ولا يستدعي علاجاً.

إن اضطراب المشي أثناء النوم الذي يحدث في مرحلة الطفولة المتأخرة (٦-١٢) سنة ويستمر لعدة سنوات تختفي أعراضه في العشرينات من العمر. أما الاضطراب الذي يبدأ في سن الرشد فيميل لأن يصبح مزمناً، ومن أهم مضاعفاته التعرض للحوادث والإصابات أثناء النوبة، وتكون الإعاقة في تجنب الشخص النوم في المعسكرات أو عند الأصدقاء حتى لا يكتشف إصابته بهذا الاضطراب بواسطة الآخرين.

التشخيص الفارق:

١- نوبات الصرع النفسي الحركي (Psychomotor Epilepsy): لا يستجيب الشخص للمثيرات البيئية في حالات الصرع النفسي الحركي، وتكون الحركات وظوبية مثل البلع والحك باليدين، وتحدث النوبات أثناء اليقظة، ويمكن تمييزها من خلال تخطيط الدماغ الكهربائي، ولكن وجود صرع نفسي حركي لا ينفي وجود اضطراب المشي أثناء النوم.

٢- الشرود النفسي: يحدث عندما يكون الشخص مستيقظاً، ويستمر لساعات أو أيام ولا يضطرب فيه الوعي كما أنه لا يحدث للأطفال.

٣- ثمالة النوم (Sleep Drunkenness): وهو الانتقال الطويل من النوم إلى حالة اليقظة، وقد يكون شبيهاً بالمشي أثناء النوم، ولكنه يحدث في نهاية النوم خلال عملية الاستيقاظ ويرتبط غالباً بسلوك عدواني.

العلاج:

لا يلزم علاج هذا الاضطراب لدى الأطفال، ولكن يؤمّن عدم إصابتهم أو

تعرضهم للحوادث، أما البالغون فإنهم يعالجون نفسياً، وأحياناً يعطى دواء الفلورازيبام.

٤-اضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة في مكان آخر (Parasomnias Not Otherwise Specified)

وهي اضطرابات تخل بالنوم، ولا يمكن تصنيفها في أي من المجموعات الأخرى

المذكورة سابقاً، مثل:

١- حدوث نوبات صرعية أثناء النوم: قد ترتبط هذه النوبات بالنوم فقط لدرجة أطلق عليها صرع النوم (Sleep Epilepsy).

٢- حدوث كوابيس ليلية نتيجة لتعاطي دواء ذي مفعول نفسي.

٣- تقلص العضلات أثناء النوم (Sleep-Related Myoclonus) خاصة في الساقين، لدرجة أطلق عليها متلازمة الأرجل غير المستريحة، وتعالج هذه الحالة بممارسة التمارين الرياضية مع دواء الكلونازيبام (ريفوتريل).

٤- أرجحة الرأس أثناء النوم (Sleep-Related Head Banging): حيث يحرك الشخص رأسه بعنف حركات إيقاعية يميناً ويساراً قبل النوم مباشرة أو أثناءه خاصة في النوم الخفيف.

٥- احتكاك الأسنان أثناء النوم (Sleep-Related Bruxism): حيث يقوم الشخص بتحريك أسنانه فيما يشبه عملية طحن الطعام، وتحدث هذه الحالة خلال المرحلة الثانية من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة، ولا يشعر بها النائم، ولكن قد يشعر بألم في الفك عندما يستيقظ أو يشكو من ذلك من يشاركه النوم في فراشه.

ويقرر أطباء الأسنان أن (٥-١٠%) من الناس يعانون من هذه الحالة لدرجة تسبب لهم تلف الأسنان.

٦- الشلل أثناء النوم (Familial Sleep Paralysis): عــدم قــدرة الشخــص المفاجئة على القيام بحركة إرادية بمجرد بدء النوم أو عند الاستيقاظ.

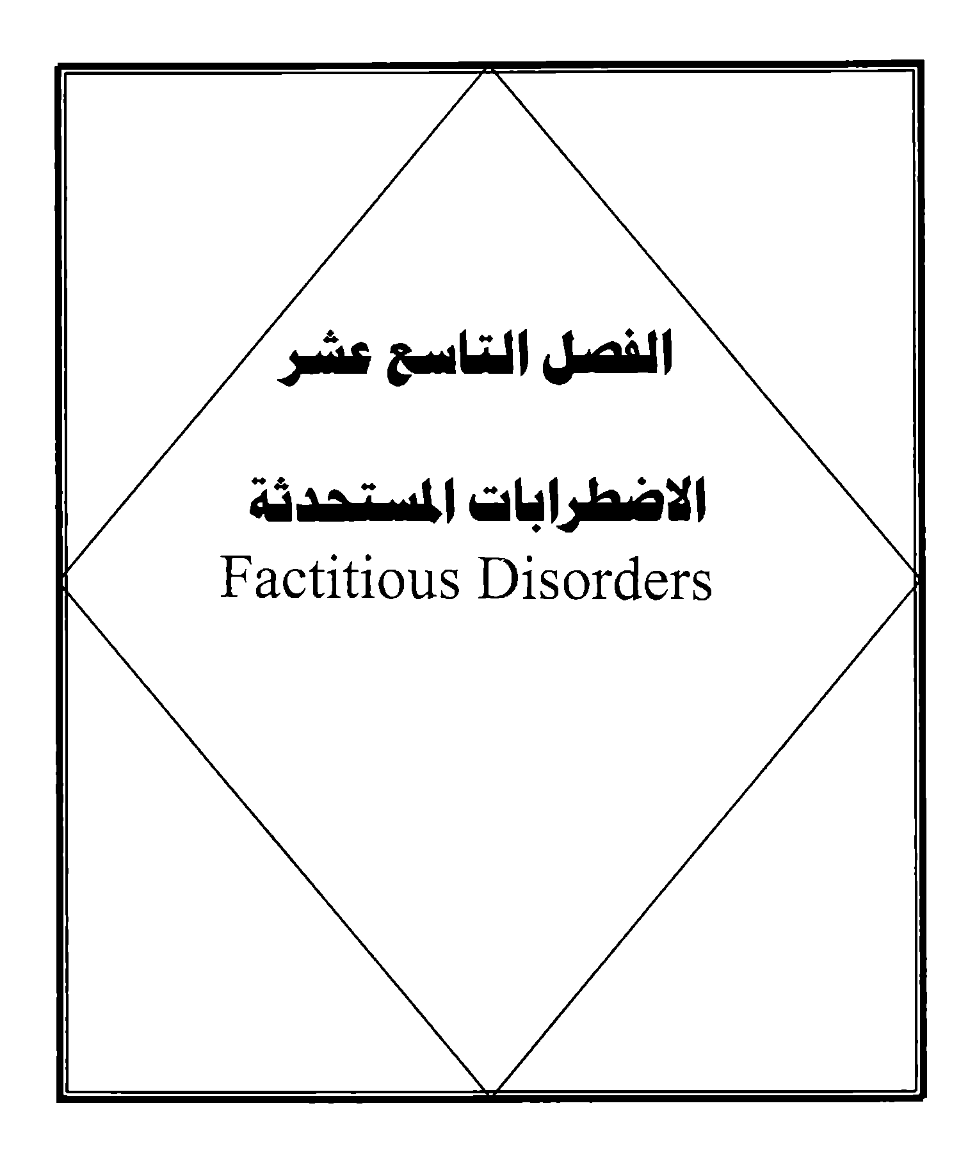
٧- الصــداع النفســي المرتــبط بالنوم: ويرتبط خاصة بالنوم المصحوب بحركة العين السريعة.

٨- أعراض اضطراب القلب المرتبطة بالنوم.

٩- تكسر كريات الدم الحمراء أثناء النوم، مما ينتج عنه ظهور الدم في البول في الصباح (Sleep Related Haemolysis).

١٠- متلازمة البلع غير الطبيعي أثناء النوم: حيث يستنشق اللعاب فينتابه السعال.

١١- الأزمة الربوية المرتبطة بالنوم.



الفصل التاسع عشر

الاضطرابات المستحدثة

Factitious Disorders

الاضطرابات المستحدثة
(Factitious Disorders)

تتميز هذه الاضطرابات بأعراض جسمية أو نفسية غير حقيقية يستحدثها الشخص عن قصد، حيث يستحدث العرض عن قصد، وهذا مبني جزئياً على قدرة الشخص على محاكاة المرض بمثل هذه الطريقة وأنه لن يكتشف، ولذلك فإنه يراعي التوقيت والتخفي الذي يلزم له درجة من الحكم على الأمور ونشاط ذكائي يوحي بسيطرة إرادية.

ولكن لهذه الأفعال صفات قهرية (أي أنه غير قادر على الامتناع عن سلوك خاص)، ولكن يؤخذ بنظر الاعتبار أن السلوكيات إرادية (أي أنه هادف لاستحداث الأعراض)، وهكذا يكون السلوك المرضىتحت سيطرة إرادية يستخدمها من أجل الوصول إلى الأهداف التي تم تبنيها لاإرادياً. ويتم الحكم على أن السلوك المرضي مستحدث عن قصد بواسطة استبعاد كل الأسباب الأخرى الممكنة للسلوك، كما أن وجود أعراض جسمية أو نفسية مستحدثة لا ينفي وجود أعراض حقيقية مصاحبة نفسية أو جسمية.

وتميز حالة التمارض عن الاضطرابات المستحدثة في أن الهدف واضح ومعروف ضمن الظروف المحيطة (كادعاء المرض العضوي للتهرب من واجب مزعج)، بخلاف الاضطرابات المستحدثة التي يكون فيها حاجة نفسية لأخذ الدور المرضي وغياب هدف واضح ضمن الظروف الخارجية.

أنواع الاضطرابات المستحدثة:

١-الاضطرابات المصاحبة بأعراض جسمية
(Factitious Disorder with Physical Symptoms)

يتميز هذا الاضطراب باستحداث أعراض جسمية عن قصد، كالشكوى من ألم حاد في البطن دون وجود لهذا الألم، أو إيذاء النفس باستحداث خراجات في الجسم بواسطة حقن اللعاب تحت الجلد، ومن هذا الاضطراب تمت دراسة متلازمة مونشواسن (Munchausen s Syndrom)، وهي اضطراب مزمن يرتبط بشكوى الشخص من أعراض جسمية، ويتكرر دخوله إلى لمستشفى لدرجة أن الشخص يقضي حياته إما في

المستشفى أو محاولاً دخولها.

ومن الصور الشائعة للاضطرابات الجسمية المستحدثة هي الشكوى من ألم شديد في المنطقة السفلى اليمنى من البطن، ويكون مصحوباً بغثيان، وتقيؤ ودوخة، أو خراجات وحميات أو نزف نتيجة لتعاطي الأدوية المضادة للتجلط.

ويمثل المصاب بهذا الاضطراب عادة بتاريخ درامي، ولكن عند الاستفسار عن تفاصيل أكثر يكون مفرطاً في الغموض وغير متناسق، وقد يتورط في كذب مرضي غير محكم بطريقة تجذب انتباه المستمع حول أي جزء من تاريخه.

ويكون لدى المصاب عادة معلومات موسعة من المصطلحات الطبية وأنظمة المستشفيات، وبمجرد دخوله إلى المستشفى فإنه يخلق إزعاجاً لجذب انتباه الفريق العلاجي بالمستشفى، وتكثر شكواهم من الألم وطلب المسكنات ولديهم قابلية لاحتمال العديد من الفحوصات المؤلمة وحتى العمليات الجراحية،وعندما يبرهن لهم الطبيب عدم وجود مرض ما يبرر شكواهم فإنهم سرعان ما يتحولون للوقوف ضد النصح الطبي ويسعون للدخول إلى مستشفىآخر.

ويبدأ هذا الاضطراب غالباً في بداية سن الرشد مع دخول الشخص إلى المستشفى لإصابته بمرض جسمي حقيقي، وقد يصبح هذا الاضطراب مزمناً فيكون همّ الشخص هو الدخول إلى المستشفيات، مما يؤدي بالتالي إلى فشل الشخص وظيفياً واجتماعياً وأسرياً، وأهم مضاعفاته هو إجراء عمليات جراحية دون مبرر بالإضافة إلى الإدمان الذي يحدث نتيجة لتعاطي الأدوية المهدئة.

التشخيص الفارق:

١- مرض جسمي حقيقي.
٢- اضطرابات جسمية الشكل: وهي شكاوى جسمية لا تتسبب عن مرض جسمي حقيقي، ولكن الأعراض لا تستحدث عن قصد.
٣- التمارض (ادعاء المرض): حيث يكون للشخص هدف واضح من دخوله المستشفى، ويوقف استحداث الأعراض عندما لا تصبح مجديةبالنسبة إليه .
٤- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع: تقل فيه العلاقات الحميمة الآخرين، وأحياناً يرتبط بالإدمان والنشاط الإجرامي، ويبدأ الاضطراب مبكراً، ونادراً ما يتكرر دخوله المستشفى كنمط لحياته.
٥- الفصام: حيث توجد فيه الأعراض الذهانية المميزة للفصام.

٢- الاضطرابات المصاحبة بأعراض نفسية
(Factitious Disorder with Psychological Symptoms)

يتميز هذا الاضطراب بالاستحداث المقصود أو التظاهر بأعراض نفسية (غالباً ما تكون أعراضاً ذهانية) تشير إلى مرض عقلي (نفسي)، وهدف المريض هو اتخاذه لدور المريض، ولا يفهم غير ذلك من ظروف المريض البيئية، فليس هناك هدف واضح كما في حالة التمارض.

وتكون الأعراض التي يظهرها الشخص معقدة، وتزداد هذه الأعراض عندما يشعر الشخص بأنه ملاحَظ من الآخرين، وقد يدعي الاكتئاب وأفكاراً انتحارية، أو يدعي فقدان الذاكرة (للأحداث القريبة والبعيدة)، أو هلاوس(سمعية وبصرية)، أو أعراضاً انشقاقية وتحولية، وتمثل الأعراض التي يظهرها هذا الشخص مفهومه عن المرض النفسي، ولا تتفق مواصفاته مع أي مرض نفسي.

وغالباً ما يطرأ هذا الاضطراب على الذكور ذوي الشخصية المضطربة،وقد يستخدم المضطرب أدوية ذات مفعول نفسي (سراً) لغرض إحداث أعراض تشير إلى اضطراب نفسي غير عضوي (مثل الأمفيتامين لإحداث أرق وأل أس دي لإحداث هلوسة). ويتحدد هذا الاضطراب بنوبة أو نوبتين، وقد يصبح مزمناً فيفقد الشخص وظيفته وعلاقاته الاجتماعية ويتكرر دخوله إلى المستشفى.

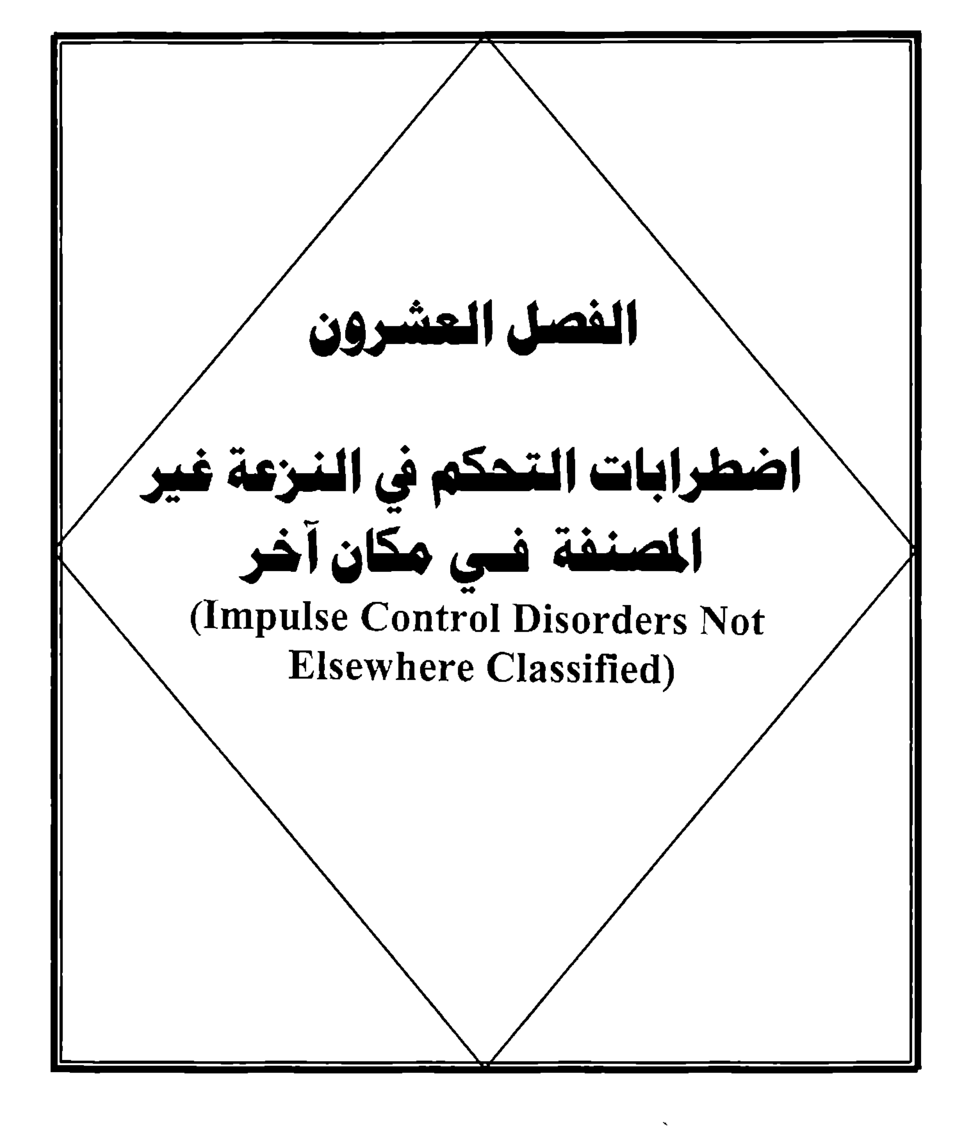
التشخيص الفارق:

١- الخرف (Dementia): له سبب عضوي واضح أو باثوفسيولوجي.
٢- ذهان حقيقي (كما في الفصام أو حالات التفاعل الذهاني).
٣- التمارض: حيث تلاحظ أهدافه من ظروفه المحيطة وتختفي الأعراض بعد الوصول للهدف أو عند كشف الهدف.

٣- الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة في مكان آخر
(Factitious Disorder Not Otherwise Specified)

وهي مجموعة الاضطرابات التي لا يمكن تصنيفها في أي من المجموعات السابقة، مثل الذي يجمع بين الأعراض الجسمية والنفسية.

لا يوجد علاج طبي نفسي معين لهذه الحالات، ويتركز العلاج أساساً على التشخيص السليم لهذه الحالات وتحديدها بأنها أعراض مستحدثة عن قصد.



الفصل العشرون

اضطرابات التحكم في النزعة غير المصنفة في مكان آخر

(Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified)

اضطرابات التحكم في النزعة غير المصنفة في مكان آخر
(Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified)

وهي مجموعة متبقية من الاضطرابات الخاصة بالتحكم في النزعات وغير المصنفة في مكان آخر وتتميز بالآتية:

الفشل في مقاومة النزعة أو إغراء القيام بفعل ما يؤذي أشخاصاً آخرين، وقد توجد مقاومة لاشعورية للنزعة (أو لا توجد).

زيادة الشعور بالتوتر أو الإثارة قبل القيام بالفعل.

الشعور بالسرور أو الإشباع أو الراحة عند تنفيذ الفعل، ويكون الفعل متوافقاً مع الذات (Ego-Syntonic).

١- قد يشعر بعد تنفيذ الفعل بالذنب ويلوم نفسه (أو لا يشعر).

وتشمل هذه المجموعة الاضطرابات الآتية:

١-الاضطراب الانفجاري المتقطع
(Intermittent Explosive Disorder)

يتميز هذا الاضطراب بحدوث نوبات متناثرة لفقدان، من فقدان السيطرة على النزعات العدوانية، يترتب عليها أفعال اعتدائية خطيرة ضد الأشخاص أو الممتلكات، ولا توجد علامات لوجود عدوان أو اندفاع بين النوبات.

ويصف الشخص النوبات بأنها تظهر خلال دقائق أو ساعات،ثم يبدأ بلوم نفسه بعد النوبة على نتائج فعله وعدم سيطرته على نزعاته العدوانية.

التشخيص:

قبل أن يبدأ الطبيب بتشخيص هذا الاضطراب عليه أن يستبعد الاضطرابات الذهانية واضطراب الشخصية العضوية والمضادة للمجتمع والحدية واضطراب السلوك

والتسمم بمادة، حيث إن هذه الاضطرابات ترتبط بفقدان السيطرة على النزعات العدوانية.

يبدأ الاضطراب الانفجاري المتقطع في أي سن، ولكن غالباً ما يبدأ في العشرينات أو الثلاثينات من العمر، ويحدث اختلال في العلاقات الاجتماعية بسبب السلوك العدواني غير المتوقع.

العلاج:

يستخدم لعلاج هذا الاضطراب العلاج الكيميائي المتمثل باستعمال أدوية الفينوثيازين، وأحياناً تستعمل الأدوية المضادة للاكتئاب أو مضادات الصرع أو الليثيوم.

ويكون العلاج الدوائي مصاحَباً بعلاج نفسي فردي أو جماعي، وغالباً ما يكون العلاج الفردي صعباً وخطيراً وغير مجدٍ في معظم الحالات، وينفع العلاج الأسري عندما يكون المضطرب مراهقاً.

٢-هوس السرقة (Kleptomania)

يتميز هذا الاضطراب بفشل الشخص في مقاومة نزعات السرقة لأشياء ليست ضرورية للاستخدام الشخصي، وليست ذات قيمة، حيث يقوم برميها أو الاحتفاظ بها في مكان ما دون الحاجة إليها.

ويكون الشخص غالباً ثرياً ويستطيع شراء الأشياء التي يسرقها، ويشعر هذا الشخص بالتوتر قبل ارتكابه للسرقة مباشرةً، ويزول هذا التوتر بعد ارتكابه للسرقة، حيث يشعر بالإشباع والراحة، وليس لهذا النوع من السرقة تخطيط مسبق.

ويصاحب هذا الاضطراب أعراض اكتئاب وقلق وشعور بالذنب، كما توجد غالباً علامات اضطراب شخصية، ويبدأ هوس السرقة في سن الطفولة ويتزايد أو يقل أو يصبح مزمناً.

وينتج عنه مشاكل قضائية، وهو نادر الحدوث، ولكنه يكثر لدى الإناث عنه

لــدى الذكــور، ويــزداد ظهــور أعراض هوس السرقة في فترات الضغوط النفسية والاجتماعية مثل حالات الفقدان والانفصال.

الأسباب:

صنف أحد المحللين النفسيين أسباب هوس السرقة كما يلي:

١- طريقة لاشعورية لإعادة العلاقة المفقودة بالأم.

٢- فعل عدواني ضد الآخرين.

٣- وسيلة لإعادة اعتبار الذات.

٤- وسيلة للبحث عن عقاب للنفس.

٥- هياج واستبدال لفعل جنسي.

٦- تفاعل من الشخص تجاه وجود أسرار أسرية خافية عليه.

ولوحــظ أن واحداً أو أكثر من هذه العوامل يمكن أن تكون المسبب الأساسي لهذا الاضطراب.

العلاج:

يــنجح العــلاج النفســي المتضمن (العلاج النفسي التبصيري والعلاج النفسي التحليلــي) كثيراً في علاج هذا الاضطراب خاصة إذا وجد لدى المريض دافع للعلاج، كذلك يفيد العلاج السلوكي بسلب الحساسية أو قلب التشريط في علاج هذا الاضطراب.

٣- المقامرة المرضية (Pathological Gambling)

يتمــيز هذا الاضطراب بفشل الشخص في مقاومة المقامرة، وينشأ عنه تحطم لشخصــيته وعلاقاته الأسرية وخسائر مادية وما يترتب عليها من ديون وقروض، كما يفشــل فــي أدائــه الوظيفــي نتيجة لانشغاله بالمقامرة، ويلجأ أحياناً للكذب والنصب والاحتــيال مــن أجــل الحصــول على المال للاستمرار في المقامرة، ويصاحب هذا الاضطراب القلق والاكتئاب، وأحياناً يكون مصحوباً بسلوكيــات مضادة للمجتمع مــن

أجل الحصول على المال كالسرقة والكذب.

يبدأ اضطراب المقامرة المرضية في مرحلة المراهقة لدى الذكور، وبعد هذه المرحلة لدى الإناث، ويصبح مزمناً بمرور الأيام، والمقامرة المرضية تمر بمراحل ثلاث، هي:

١- مرحلة الكسب:حيث يكسب المقامر مالاً وفيراً في أول الأمر ويقع في شركها.

٢- مرحلة الخسارة الاشتدادية: يرتب فيها المريض حياته على المقامرة ويخاطر فيها ويفقد ماله وعمله.

٣- مرحلة اليأس والتهور: حيث يقامر بكميات كبيرة من المال ويورط نفسه في قروض وديون أو شيكات بدون رصيد.

ومن مضاعفات هذه المرحلة الإدمان ومحاولات الانتحار والسرقة والوقوع تحت طائلة القانون والسجن، وهذا الاضطراب يكثر بين الذكور عنه بين الإناث.

الأسباب:

١- اختلال العلاقات الأسرية، وغياب النصح والإرشاد والمتابعة وتخبط حياة الأسرة الاقتصادية.

٢- الانجراف في المقامرة في سن المراهقة مع رفاق السوء.

٣- تركيز الأسرة على القيمة المادية لكل شيئ.

٤- في حالة مقامرة الإناث يكون إدمان الزوج وغيابه عن البيت هو المسبب لهذا الاضطراب.

العلاج:

من النادر أن يحضر المقامر طائعاً للعلاج ويكون حضوره بسبب شكوى نفسية أخرى أو ضغوط من الأسرة أو مشاكل قضائية، ويتم إدخال المريض إلى المستشفى لإبعاده عن جو المقامرة وتبصيره على أن يبقى بعيداً عن المقامرة لمدة ثلاثة

أشهر ثم يعالج نفسياً.

٤- هوس إشعال الحرائق (Pyromania) (Arson)

وهو إشعال الحرائق لأكثر من مرة بشكل مقصود، ويشعر الشخص بتوتر قبل إشعاله النار ويخف هذا التوتر عند إشعاله للحرائق، ويشعر بسرور شديد عند مشاهدتها.

ولا يكون إشعال الحرائق هذا تعبيراً عن غضب أو استجابة لضلالات أو هلاوس، ويفشل الشخص في مقاومة هذه النزعة، ولكنه قد يُعِدّ لبدء الحريق إعداداً جيداً، وقد يترك دليلاً واضحاً.

والمصابون بهذا الاضطراب يظهرون اهتماماً بمقاومة الحرائق، وقد يدفعهم إعجابهم بنيران الحرائق إلى الانضمام إلى فرق المطافئ.ولا يبدي هؤلاء المضطربون انفعالاً لما ينتج عن الحرائق من خسائر بالأرواح والممتلكات.

ويبدأ هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة، ويعطي علاجه نتائجَ إيجابية، أما إذا بدأ في مرحلة المراهقة فيكون هذا الاضطراب أكثر تدميراً، وينتشر لدى الذكور الذين تقل نسب ذكائهم مقارنة بغير المضطربين، وغالباً ما يكون لديهم سلوكيات مضادة للمجتمع كالجنوح والهروب من البيت والمدرسة أو سمات عصابية، مثل البوال أو عدوانية مثل القسوة على الحيوانات.

الأسباب:

عزى (فرويد) هوس إشعال الحرائق إلى رمزيتها للجنس وحرارته، عزاها آخرون إلى التعطش المرضي للمكانة الاجتماعية والقوة، وأشارت عدد من الدراسات إلى غياب آباء مشعلي الحرائق الدائم عن البيت.

واعتبرت أن إشعال الحرائق يعتبر تعبيراً مهماً عن رغبة عودة الأب إلى البيت من أجل إطفاء الحريق وإنقاذ الطفل من الهلاك.

العلاج:

يستلزم العلاج النفسي في حالات الأطفال بنوعيه السلوكي والتحليلي لوقايتهم من الاستمرار في ذلك، أما الكبار فيستلزم حصرهم ومتابعتهم؛ لأن دافعيتهم للعلاج تكون ضعيفة، وهذه هي الطريقة الوحيدة للوقاية من خطرهم.

٥- هوس خلع الشعر (Trichotillomania)

هي نزعات متكررة من جذب للشعر لدرجة خلعه، يفشل الشخص في مقاومتها وليست بسبب ضلالات أو هلاوس، ويشعر الشخص بالتوتر قبل خلع الشعر مباشرة ويزول هذا التوتر بعد خلع الشعر، ونتيجة لذلك تظهر مناطق خالية من الشعر في الأماكن التي يسهل الوصول إليها من الرأس.

وأحياناً يكون شعر الحواجب أو رموش العين، وينكر الشخص عادة هذا السلوك رغم وجود مناطق خالية من الشعر في رأسه يحاول جاهداً إخفاءها، وقد توجد علامات أخرى من تشويه النفس مثل قضم الأظافر أو الخربشة على الجلد.

يبدأ هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة عادة، وقد يتراجع أو يستمر لعقدين من العمر، وهو منتشر بشكل كبير وخاصة بين المتخلفين عقلياً والمصابين بالفصام واضطراب الشخصية الحدية، وينتشر لدى الإناث أكثر من الذكور.

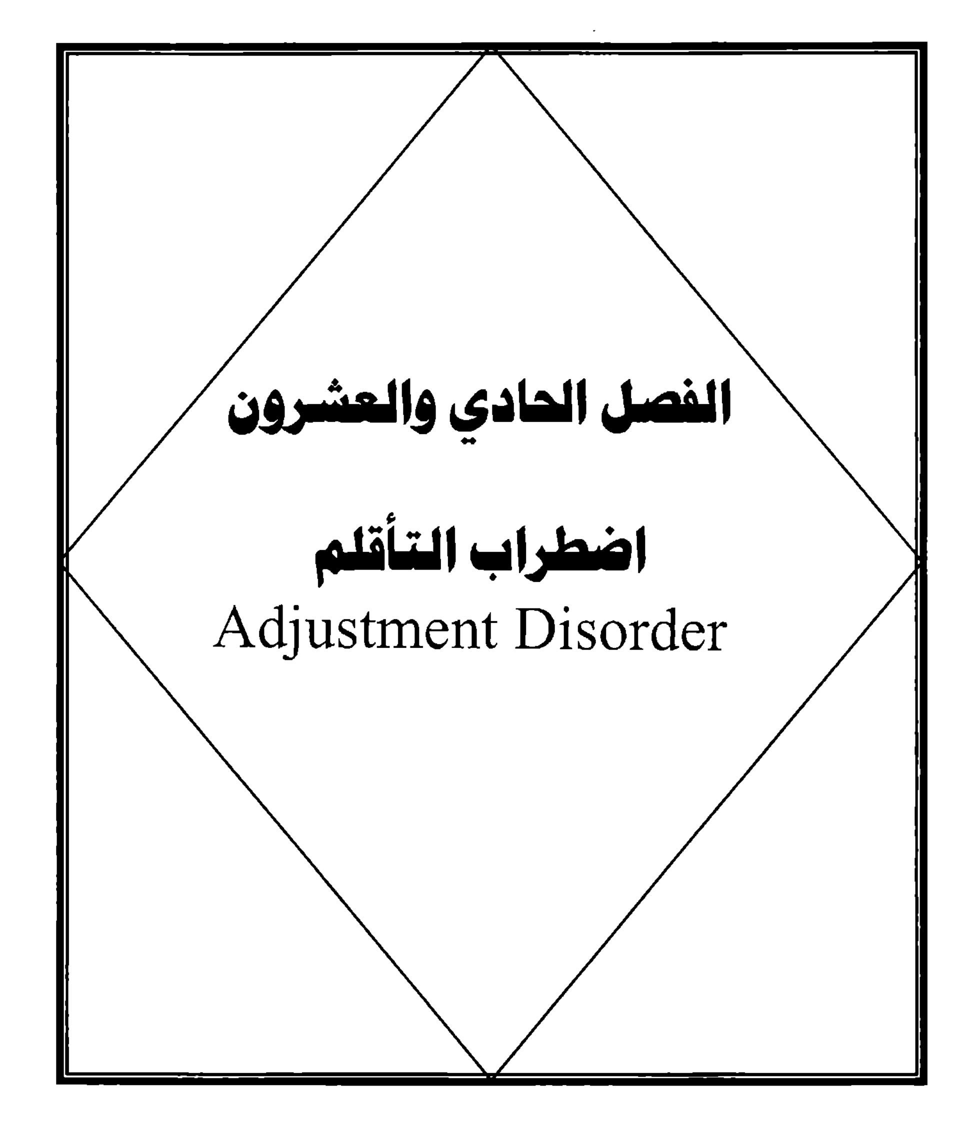
الأسباب:

تكون بداية هذا الاضطراب مرتبطة بوجود عوامل نفسية ضاغطة واجتماعية، أو اضطراب في علاقة الطفل بالأم أو الخوف من تركه وحيداً، أو الشعور بالحزن والاكتئاب، وهذه العوامل تعتبر مهيئة لحدوث الاضطراب، ويقرر البعض أن الهدف الأول من جذب الشعر هو تنبيه النفس.

العلاج:

يعطى علاج دوائي يتضمن الأدوية المضادة للقلق التي لها خواص مضـــادة

للهستامين (مثل هيدروكسيزين) (Hydroxyzine) أو الأدوية المضادة للاكتئاب أو الأدوية المضادة للذهان، ويستخدم أيضاً العلاج السلوكي (التغذية المرتجعة) كما يستخدم العلاج بالتنويم المغناطيسي والعلاج النفسي الجماعي أو الفردي.



الفصل الحادي والعشرون

اضطراب التأقلم

Adjustment Disorder

اضطراب التأقلم
(Adjustment Disorder)

هو تفاعل تكيفي لظرف ضاغط نفسياً واجتماعياً أو لمجموعة ضغوط، ويحدث خلال ثلاثة أشهر من بدء هذا الظرف الضاغط، ويستمر لمدة لا تزيد عن ستة أشهر.

إن الطبيعة التكيفية لهذا التفاعل تتحدد إما بحدوث خلل وظيفي أو اجتماعي أو ظهور أعراض تزيد عن التفاعل العادي والمتوقع للظرف الضاغط، وقد يكون الظرف الضاغط واحداً (مثل الانفصال) أو متعدداً (مثل مشاكل العمل والزواج) أو متردداً مثل الضاغط المرتبط بتغيرات فصلية)، أو يكون متصلاً (مثل ضاغط نفسي اجتماعي مصاحب بمرض مزمن).

وتصاحب بعض الضغوط أحداث نمو محددة كالذهاب للمدرسة أو ترك منزل الوالدين في زواج، أو الفشل في تحقيق الأهداف الوظيفية أو بلوغ سن التقاعد.

إن شدة التفاعل لا تتحدد بشدة الظرف الضاغط؛ لأن الأمر يختلف حسب قابلية الناس، فقد يصاب بعضهم باضطراب شديد بعد تعرضهم لظرف ضاغط بسيط، وبعضهم الآخر يصاب باضطراب خفيف بعد تعرضه لظرف ضاغط شديد جداً ومستمر، ولا تستخدم هذه المجموعة إذا اتفق الاضطراب مع دلالات لاضطراب عقلي نوعي (مثل اضطراب الوجدان).

يبدأ اضطراب التأقلم في أي مرحلة من العمر خلال ثلاثة أشهر من بدء وقوع الظرف الضاغط، وأحياناً يكون بدء هذا الاضطراب خلال أيام قليلة إذا كان الحادث الضاغط حاداً، مثل فصل الشخص من العمل، وكذلك تكون مدته قصيرة نسبياً.

وفي بعض الحالات يبقى الظرف الضاغط لوقت طويل (كما في حالة الإصابة بمـــرض مزمـــن)، حيث يحتاج المريض وقتاً أطول لكي يصل إلى مستوى جديد من التكـــيف، ويتحســـن المصـــاب بهذا الاضطراب بعد أخذ العلاج المناسب ويعود لسابق

عهده وظيفياً واجتماعياً خلال ثلاثة أشهر، وقد يحتاج المراهقون وقتاً أكثر لاستعادة تكيفهم.

أنواع اضطراب التأقلم:

١- اضطراب التأقلم المصاحب بقلق وجداني: عندما تسود أعراض الخوف والقلق والترقب.
٢- اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب وجداني: عندما تسود أعراض الاكتئاب ومشاعر اليأس والحزن.
٣- اضطراب التأقلم المصاحب بملامح انفعالية مختلطة: مثل ثنائية الوجدان والقلق والاكتئاب والاعتمادية.
٤- اضطراب التأقلم المصاحب بشكاوى جسمية: مثل الصداع والإجهاد وألم الظهر.
٥- اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب السلوك: حيث يصاحب بسلوكيات مضادة للمجتمع، مثل انتهاك حقوق الآخرين أو قوانين المجتمع المناسبة لعمر الشخص كالهروب من المدرسة وتدمير الممتلكات العامة.
٦- اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب وجداني مختلط واضطراب السلوك: عندما يكون مصاحباً بأعراض قلق واكتئاب واضطراب السلوك.
٧- اضطراب التأقلم المصاحب بتدهور في مستوى العمل أو الدراسة: عندما يحدث نقص الإنجاز في العمل أو الدراسة لشخص كان إنجازه مناسباً قبل ذلك، وغالباً ما يكون مصاحباً بقلق واكتئاب.
٨- اضطراب التأقلم المصاحب بالعزلة الاجتماعية: حيث تكون العزلة دون وجود أعراض قلق أو اكتئاب ظاهرة.
٩- اضطراب التأقلم غير النوعي: وهو ما لا يمكن تصنيفه ضمن الأنواع السابقة لاضطراب التأقلم.

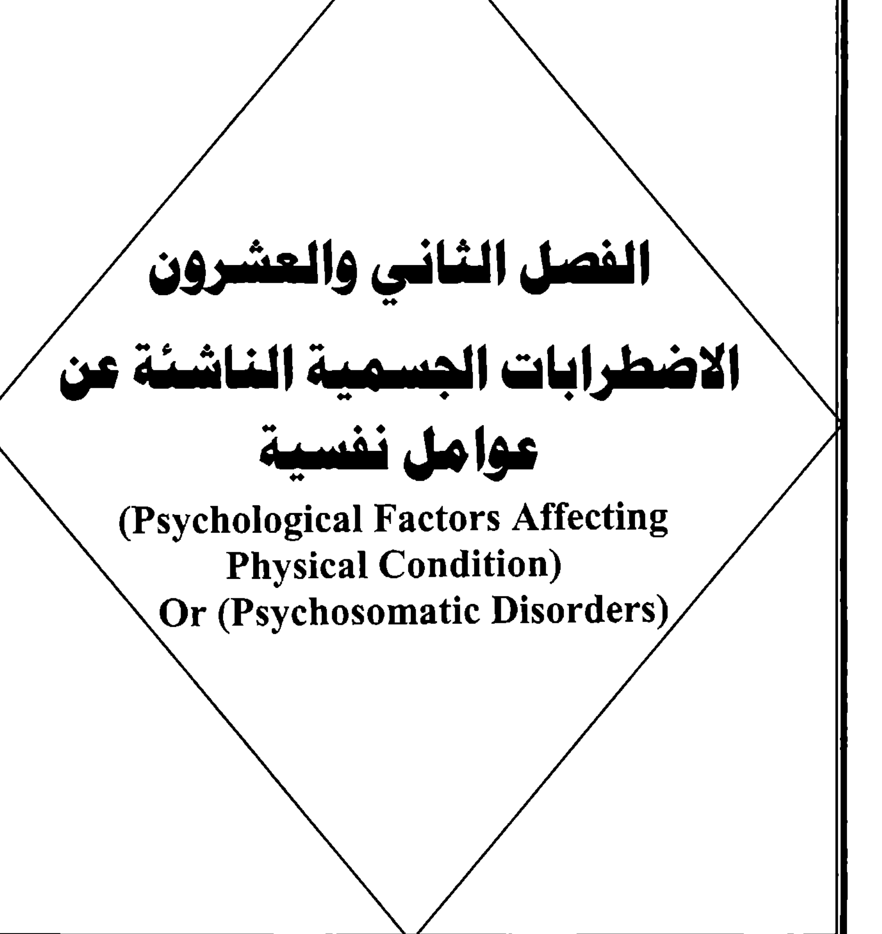
الأسباب:

تشترك عوامل عديدة مثل الشخصية ومبادئ المجتمع وتوقعاته للأسوياء من أفراده في ترسيب هذا الاضطراب، ويتفاوت الظرف الضاغط من حيث تعدده وتكراره واستمراريته، وقد يصيب هذا الظرف فرداً واحداً أو أسرة كاملة أو مجتمعاً بأكمله.

لقد فسر (فرويد) حدوث هذا الاضطراب لشخص دون آخر باختلاف البناء النفسي الذي يتفاعل مع الضغوط محدثاً التثبيت. أما النظرية التحليلية فقد أكدت على دور الأم والتربية في بناء طاقة الشخص على احتمال الضغوط اللاحقة في حياته خاصة مفهوم (وينكوت) عن الأم الطيبة التي تستجيب لاحتياجات الرضيع وتقدم له المساندة اللازمة للنمو وتساعده على تحمل الإحباطات في حياته.

العلاج:

يتم علاج هذا الاضطراب علاجاً نفسياً خاصة العلاج الفردي، حيث تعطى فرصة لاكتشاف الظرف الضاغط ومعناه بالنسبة للمريض، وعلى المعالج أن يحيط بمشاكل المكسب الثانوي للمرض وما يقدمه الدور المرضي من مكافآت للشخص، لذلك فإن تعاطف المعالج واهتمامه وتفهمه للمريض قد يدعم الأعراض بدلاً من إزالتها؛ لأنه قد يكون هو نفسه مكافأة على المرض، وقد يحتاج المريض أيضاً لعلاج دوائي يتضمن الأدوية المضادة للقلق أو الأدوية المضادة للاكتئاب في حالة اشتداد أعراض القلق أو الاكتئاب.



الفصل الثاني والعشرون

الاضطرابات الجسمية الناشئة عن عوامل نفسية

(Psychological Factors Affecting Physical Condition)
Or (Psychosomatic Disorders)

الاضطرابات الجسمية الناشئة عن عوامل نفسية
(Psychological Factors Affecting Physical Condition) or (Psychosomatic Disorders)

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بظهور حالات مرضية جسمية تعزى إلى عوامل نفسية قد تتسبب في بدء الحالة المرضية أو تفاقمها، وتشمل قرحة المعدة والإثني عشر، والتهاب القولون المتقرح والشقيقة وصداع التوتر، والربو والتهاب المفاصل الروماتزمي والذبحة الصدرية، وألم الدورة الشهرية وحب الشباب وكثرة التبول. وأطلق عليها اسم السايكوسوماتيك.

العلاج:

هناك محاولات لعلاج هذه الاضطرابات النفسية الجسمية علاجاً نفسياً بالإضافة إلى العلاج العضوي، ولكن لا تزال النتائج في هذا الجانب غير واضحة.

الحالات التي تمثل للعلاج ولا تعزى لمرض نفسي:

وهي حالات تمثل للعلاج ولا تتسبب عن مرض نفسي أو عقلي، أو إن الأعراض الظاهرة لا تكفي لتشخيص المرض النفسي وهذه الحالات هي:

١- مشكلة دراسية: حيث يكون هناك نقص في الإنجاز الدراسي مع توفر مستوى ذكاء مناسب في غياب اضطراب نمو محدد أو أي مرض عقلي آخر يكون سبباً للمشكلة.

٢- سلوك مضاد للمجتمع لشخص راشد: مثل سلوك اللصوص أو تجار المخدرات.

٣- السلوك المضاد للمجتمع من طفل أو مراهق.

٤- المشاكل الزوجية كالهجر أو الطلاق.

٥- رفض أخذ علاج طبي دون وجود مرض نفسي كالشخص الذي ينكر مرضه أو لاعتقادات دينية.

٦- مشكلة في العمل ليس سببها مرض عقلي.

٧- مشاكل مع الأصدقاء أو الحبيب.

٨- مشكلة خاصة بمرحلة أو ظروف حياتية أو بيئية معينة.

٩- مشاكل الأخوة في البيت دون مرض عقلي.

١٠- مشكلة بين الطفل والأب دون مرض عقلي، أو الصراع بين الأهل والمراهق في اختيار أصدقائه.

١١- التمارض، حيث يظهر الشخص أعراضاً جسمية أو نفسية غير حقيقية لهدف خارجي واضح.

١٢- الفقدان غير المصحوب بمضاعفات الذي يكون تفاعلاً لفقدان عزيز، وتتكون مشاعر الحزن العادية، وفقدان الشهية للطعام ونقص الوزن والأرق، ويكون هذا التفاعل إما مباشراً أو متأخراً بعد مرور شهرين أو ثلاثة من الفقدان،وتتفاوت فترة التفاعل للفقدان حسب الثقافة والبيئة.



الفصل الثالث والعشرون

اضطرابات الشخصية

اضطرابات الشخصية

تعرف اضطرابات الشخصية بأنها الأنماط من الشخصية التي تكون غير مرنة وغير متكيفة، وينشأ عنها فشل اجتماعي أو وظيفي أو معاناة ذاتية.

وليس لاضطرابات الشخصية بداية محددة، وإنما تتطور مع نمو الشخص، وتبدأ مظاهرها في مرحلة المراهقة أو قبلها، وتستمر لما بعد البلوغ وتصبح أقل وضوحاً في منتصف العمر أو الشيخوخة، وتكون ملامحها المميزة منطبقة على الشخص لوقت طويل من حياته، وليست مقتصرة على فترة محددة.

وتصاحب هذا الاضطراب اضطرابات الوجدان (القلق والاكتئاب)، حيث تظهر بشكل شائع كشكوى رئيسية مصاحبة، وهؤلاء المضطربون يضايقون الآخرين بسلوكهم، فتضطرب علاقاتهم الاجتماعية، وليس لديهم دافع للعلاج، حيث يبقون على حالهم من الاضطراب وعدم الاستبصار.

تشخيص اضطرابات الشخصية في الطفولة والمراهقة:

هناك اضطرابات شخصية محددة تعزى إلى مجموعات تشخيصية نمطية ضمن الاضطرابات التي تظهر في الطفولة أو المراهقة، فمثلاً يؤدي اضطراب السلوك إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ويؤدي اضطراب التجنب إلى اضطراب الشخصية المتجنبة .

كما يؤدي اضطراب الهوية إلى اضطراب الشخصية الحدية، ولذلك فإن تشخيص اضطراب السلوك أفضل من تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فيمن هم دون سن الثامنة عشرة، كما يشخص اضطراب السلوك في سن الرشد عندما لا تتوافر الصفات الكاملة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .. ويشخص اضطراب الشخصية التجنبية والحدية في الأطفال والمراهقين أفضل من تشخيص

المجموعات المناظرة في الطفولة إذا وجدت صفات اضطراب الشخصية بشكل عميق وثابت وليس محصوراً في مرحلة نمو.

تصنيف اضطرابات الشخصية:

تصنف الاضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجاميع:

١- مجموعة (أ): تشمل الشخصيات الاضطهادية وشبه الفصامية فصامية النوع، وأصحاب هذه الشخصيات يبدون غريبي الأطوار ومنعزلين.

٢- مجموعة (ب): تشمل الشخصيات المضادة للمجتمع والحدية والنرجسية وشبه الهستيريا، وهؤلاء دراميون انفعاليون.

٣- مجموعة (ج): وتشمل الشخصيات المتجنبة والاعتمادية والوسواسية والعدوانية السلبية، وهؤلاء يبدون قلقين وخائفين.

٤- مجموعة متبقية تشمل اضطراب الشخصية غير المصنف في مكان آخر، ويمكن استخدامه في اضطرابات الشخصية الأخرى أو في الحالات المختلطة التي لا تتفق مواصفاتها مع الأنواع المحددة الموصوفة سابقاً، وقد يصعب وضع تشخيص.

١-اضطراب الشخصية الاضطهادية
(Paranoid Personality Disorder)

تتميز الشخصية الاضطهادية ببروز الأفكار الاضطهادية، ويتميز المضطربون بنمط حياة تسوده الحساسية الشديدة للعلاقات الشخصية المتبادلة، حيث تسود أفكارهم ضلالات الشك والريبة والغيرة والعناد والميل لاستخدام الحيل الدفاعية الخاصة بالإسقاط.

فأصحاب هذه الشخصية يميلون إلى الشعور بالاضطهاد والظلم من قبل المجتمع والمحيطين بهم عامة، ويعتريهم الشك والريبة والخوف من الاضطهاد،

ويتخيلون أن المحيطين بهم يحيكون المؤامرات للنيل منهم أو لاغتيالهم، لذلك تكون علاقتهم مع الآخرين مختلة إلى حد كبير.

ويكمن الخطر في هذه الشخصية عندما يدفع الشك بالمضطرب إلى المبادرة بالقتل قبل أن يقتله من يتصور أنه يخطط لقتله.

العلاج:

يتم علاج هذا الاضطراب بواسطة العلاج النفسي المصاحب بالعلاج الكيميائي.

٢- اضطراب الشخصية شبه الفصامية
(Schizoid Personality Disorder)

يتميز المضطربون بعدم تمايزهم للعلاقات الاجتماعية وتسود حياتهم عزلة اجتماعية ولا يستمتعون بالعلاقات الحميمة، ويفضلون أن يبقوا وحيدين بدون أصدقاء مقربين، أو قد يكون لديهم صديق واحد فقط، ويكونون ضيقي الوجدان، ويبدو عليهم البرود الانفعالي والتباعد الوجداني.

ويصاحب ذلك عدم القدرة على إظهار العداء وغموض الأهداف والانطواء، ولنقص المهارات الاجتماعية فإن المصابين بهذا الاضطراب يكونون غير قادرين على إقامة علاقة ألفة مع امرأة، ونادراً ما يتزوجون.

تبدأ الشخصية الفصامية في مرحلة الطفولة، وتبقى لفترة طويلة، وقد تتحول منها إلى اضطراب الفصام، وتكون الإعاقة في ضيق العلاقات الاجتماعية، وأحياناً في اختلال الأداء الوظيفي.

العلاج:

يفيد العلاج الجماعي في هذه الحالة (بشرط أن تحميه المجموعة من نوباته

العدوانية)، حيث تتيح له تفاعلاً اجتماعياً.

٣- اضطراب الشخصية فصامية النوع
(Schizotypal Personality Disorder)

تتميز هذه الشخصية بنمط متعمق من غرابة التفكير والمظهر والسلوك، ويتميز المضطربون بقصور علاقاتهم الاجتماعية، ويضطرب لديهم محتوى التفكير، حيث يشمل أفكاراً اضطهادية واعتقادات غريبة لا تتفق مع أفكار مجتمعهم، وتؤثر على سلوكهم كالاعتقاد في الخرافات والتفكير السحري، وتختل علاقتهم مع الآخرين بسبب نقص التعبير الوجداني، فمن النادر أن يظهروا تعبيرات في الوجه كالابتسام والانفعال.

ويصاحب هذا الاضطراب القلق والاكتئاب، وقد تظهر عند التعرض للضغوط الشديدة أعراض ذهانية، ولكنها لا تكفي لتشخيصها حالة ذهان.

العلاج:

تعطى الأدوية المضادة للذهان لتخفيف أعراض اضطراب التفكير والإدراك، بالإضافة إلى العلاج النفسي.

٥-اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع
(Antisocial Personality Disorder)

يتميز المضطربون بسلوكهم المضاد للمجتمع، فهم لا يفهمون القوانين الأخلاقية وينتهكون حقوق الآخرين ولا يحترمون مشاعرهم أو راحتهم، وكثيراً ما يدخلون في شجارات واعتداءات جسمية على الآخرين، والمصاب بهذا الاضطراب يفشل في العيش شريفاً كأب أو مسؤول، كما أنه لا يركز طويلاً على الأعمال؛ لذلك فهو يفشل في المحافظة على عمله وفي الانصياع لقوانين المجتمع.

ويكثر ظهور أصحاب الشخصية المضادة للمجتمع في صورة للمحتالين الذين يجيدون الغش والخداع وغيرها من الوسائل غير المشروعة من أجل تحقيق الكسب السريع من خلال خداع الناس والاستيلاء على أموالهم أو الأموال العامة.

تبدأ علامات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع منذ الطفولة وهي الكذب والغش والسرقة والهروب من البيت أو المدرسة، وقد يصل الأمر إلى تكوين العصابات، وفي بعض الأحيان لا تظهر الشخصية المضادة للمجتمع في الطفولة ولا تتداخل مع إنجاز الشخص الدراسي، فينجح دراسياً وقد ينجح سياسياً واقتصادياً دون أن تظهر الصورة الكاملة للاضطراب، ويستغل موقعه العملي ومركزه الاجتماعي لصالحه دون اعتبار للقيم ودون لوم للنفس أو مراعاة لصالح المجتمع وقوانينه.

العلاج:

يتم علاج هذا الاضطراب بواسطة العلاج النفسي الجماعي، وأكثر الطرق إيجابية في العلاج هو الذي يتم عن طريق المجموعات المكونة منهم لمساعدتهم، ويتعاطف أفراد هذه المجموعة مع الشخص المضطرب ويمنحوه الإحساس بالأبوة الذي حرم منه في طفولته.

وقد يستلزم أحياناً استعمال الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب لعلاج الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب.

٥-اضطراب الشخصية الحدية

(Borderline Personality Disorder)

وتتميز هذه الشخصية بالنمط المتعمق من عدم استقرار صورة الذات العلاقات بين الأشخاص والوجدان، واضطراب الهوية الثابت وعدم التحديد في نواحي الحياة المختلفة، وغالباً ما يشعر الشخص المضطرب بعدم الثبات لصورة الذات كإحساس مزمن بالفراغ.

وتكون علاقة المضطرب بالآخرين علاقة غير مستقرة وحادة وتتميز بتغيرات متطرفة من المثالية الزائدة إلى الانحطاط القيمي، مع عدم ثبات انفعال الشخص عندما يكون الغضب أحياناً غير مناسب للموقف، حيث يفقد سيطرته على نفسه بسرعة ويدخل في مشاحنات وشجارات، ويكون مندفعاً في تصرفاته خاصة في الأنشطة التي تكون مدمرة للنفس كالإدمان وقيادة السيارة بتهور.

وقد يصاب الشخص المضطرب أحياناً بخدر نفسي أو اختلال الآنية عندما يتعرض لموقف ضاغط، وخلال فترات الضغط الشديد قد تحدث أعراض ذهانية عابرة.

العلاج:

يتم علاج هـذا الاضطراب بواسطة العلاج النفسي المصاحب بالعلاج الكيميائي، ويكون العلاج النفسي في هذه الحالة علاجاً عسيراً على كل من المعالِج والمريض؛ لأن المريض يميل للنكوص والتفعيل لنزعاته فيظهر طرحاً موجباً أو سالباً تجاه الطبيب المعالِج، وهذا الطرح قد يكون موجباً أو سالباً أو متقلباً دون أن يعرف السبب، كما أن الحيلة الدفاعية (الانشقاق) تجعل المريض يتردد بين الحب والكراهية للمعالج وللبيئة المحيطة به.

أما العلاج الكيميائي فإنه يعتمد على حالة المريض، فقد يستلزم إعطاؤه الأدوية المضادة للذهان أو الأدوية المضادة للاكتئاب أو مضادات الصرع.

٦-اضطراب الشخصية الهستيرية
(Histrionic Personality Disorder)

يتميز بنمط متعمق من الانفعالات الشديدة وجذب الانتباه، ويبحث المصابون بهذا الاضطراب دائماً عن الطمأنة أو إعجاب الآخرين؛ لذلك يحاولون البحث دائماً عن المواقف التي يكونون فيها محور الاهتمام المباشر.

كما يتميز بالعواطف السطحية والتقلب الوجداني السريع، ويبدي سلوك المضطربين تفاعلاً للأحداث مبالغاً فيه ويعطي للمثيرات الضئيلة إثارة انفعالية أكثر من اللازم.

ويتصف أصحاب هذه الشخصية بالجاذبية والإغواء، وتكون طريقتهم في الكلام تعبيرية وتنقصها التفاصيل، كما أنهم يظهرون اهتماماً قليلاً بالإنجاز الذكائي والتفكير التحليلي، ولكنهم غالباً ما يكونون مبدعين ولديهم قدرة على التخيل، ويتأثرون بالآخرين كثيراً، ويستجيبون مبدئياً لأي شخص صاحب سلطة قوية لاعتقادهم أن بإمكانه تقديم الحلول السحرية لمشاكلهم، وتكثر شكواهم من ضعف الصحة والأعراض الجسمية مع اختلال الآنية، وقد تصيبهم أعراض ذهانية عابرة خلال فترات الضغط الشديد لا تكفي لتشخيص ذهاني.

العلاج:

يتم العلاج عن طريق العلاج النفسي التبصيري، حيث يتم إفهام المصاب مشاعره الحقيقية وتوضيحها له، بالإضافة إلى استعمال بعض الأدوية لتخفيف الأعراض التي قد تكون شديدة أحياناً مثل القلق أو الاكتئاب.

٧-اضطراب الشخصية النرجسية

(Narcissistic Personality Disorder)

تتميز هذه الشخصية بالشعور بالعظمة والحساسية لتقويمات ونقد الآخرين ونقص التعاطف معهم، ويتميز هؤلاء المضطربون بتضخيم ذواتهم وإنجازاتهم وذكائهم، ويتوقعون من الآخرين أن يلحظوهم باهتمام خاص حتى دون إنجاز مناسب، وكثيراً ما يتناوب الشعور بالقيمة مع الشعور بعدم القيمة، ويكون اعتبار الذات لديهم قابلاً للكسر إلى حد كبير.

والمصابون بهذا الاضطراب عادة مشغولون بخيالات من النجاح غير المحدود والقـوة والجمال والحب المثالي، وبرغم هذه الخيالات فكثيراً ما تستبدل بنشاط حقيقي واقعـي عـندما تشـجع هـذه الأهداف، ويتفاعلون مع النقد بغضب أو خجل أو فقدان الاحـترام للـذات. ولكـنهم يغلفون هذه المشاعر بمظاهر من عدم التمايز، ويصاحب اضـطراب الشخصـية النرجسـية أعـراض اضطراب الشخصية الهستيرية والحدية والمضادة للمجتمع، بالإضافة إلى الاكتئاب الذي يظهر كمصاحب لهذا الاضطراب.

العلاج:

يصـعب عـلاج هذا النوع من اضطراب الشخصية، ويستلزم العلاج النفسي التحليلي طويل المدى من أجل إحداث التغيير.

٨-اضطراب الشخصية المتجنبة
(Avoidant Personality Disorder)

تتميز الشخصية المتجنبة بنمط متعمق من عدم الراحة الاجتماعية والخوف من الـنقد السـالب والخجـل، فالمصابون بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ويحطم معنوياتهم، وتجنبون الدخول في علاقات إلا بعد ضمان بالقبول وعدم النقد، ويتوترون في المواقف الاجتماعـية خوفـاً من قول كلام غير مناسب أو عدم القدرة على الإجابة عن سؤال، حيث يصابون باحمرار الوجه أو البكاء، أو ظهور علامات الخوف أمام الآخرين.

ويصـاحب اضـطراب الشخصية المتجنبة أعراض الاكتئاب والقلق والغضب بسبب فشلهم في العلاقات الاجتماعية مع رهابات خاصة أحياناً.

العلاج:

يكـون عـلاج هـذا الاضـطراب بواسطة العلاج النفسي، ويعتمد على قبول المعـالج لمخاوف المريض واستقرار العلاقة العلاجية، ويشجع المريض على الاختلاط

بالآخرين ولكن بحذر؛ كي لا يحدث فشل يدعم موقف المريض الأصلي ونقص اعتباره لذاته.

كما يساعد العلاج النفسي الجماعي هؤلاء المرضى وتدريبهم على تأكيد الذات، ويعتبر أحد الطرق السلوكية لتعليم المريض أن يعبر عن احتياجاته بوضوح أكثر، ويحسن من اعتباره لذاته.

٩-اضطراب الشخصية الوسواسية

يتميز بالنمط المتعمق من الانضباط وعدم المرونة، والكفاح من أجل النظام، ولكن بمقاييس تكون غالباً غير مرنة، ويكون لأصحاب هذه الشخصية علاقة سيطرة في مقابل تنحي الآخرين، حيث يكونون عادة العقل المفكر لأقاربهم.

ورغم أنهم يقاومون سلطات الآخرين إلا أنهم عنيدون، ودون سبب مناسب ويصرون على أن يتبع الآخرون طرقهم في فعل الأشياء.

وأصحاب هذه الشخصية ليس لديهم مجال للعلاقات الشخصية في أعمالهم ولا يحتملون السلوك العاطفي لدى الآخرين ويجتنبون أخذ القرار، ويؤجلونه خوفاً من الخطأ، ويكونون ذوي ضمير قاسٍ أخلاقياً يُصدر أحكاماً على النفس والآخرين، ويراهم الآخرون متصلبين.

ويظهر لدى أصحاب الشخصية الوسواسية أعراض من صعوبة التعبير عن المشاعر بالحزن والضيق بسبب عدم الحسم والفعالية.

ويصاحب هذه الأعراض الاكتئاب كما تكون لديهم حاجة شديدة للسيطرة على الآخرين، بالإضافة إلى الكثير من الحساسية للنقد الاجتماعي خاصة إذا كان من شخص ذي سلطة أو مكانة اجتماعية.

العلاج:

يكون هؤلاء المرضى مدركين لمعاناتهم ويبحثون عن العلاج خلافاً لاضطرابات الشخصية الأخرى، ويفيدهم العلاج النفسي التحليلي، ولكنه يحتاج عادة لوقت طويل.

أما العلاج النفسي الجماعي والسلوكي فإنه أقل فائدة، كما أن هناك أدوية مفيدة في العلاج (مثل الكلونازيبام).

١٠- اضطراب الشخصية سالبة العدوان
(Passive Aggressive Personality Disorder)

وتتميز بالنمط المتعمق من المقاومة السلبية والتأجيل والعناد ونقص الكفاءة، وتعتبر هذه السلوكيات تعبيراً عن العدوان الداخلي، وغالباً ما يفسدون جهود الآخرين بعدم أداء الجزء المكلفين به.

ويتميز المضطربون بسرعة الاستثارة عندما يُطلب منهم شيئ لا يرغبونه، ويرفضون اقتراحات الآخرين الإيجابية والمتعلقة بكيفية تحويلهم إلى أفراد منتجين، ويحتجون وينتقدون السلطة التي تفرض عليهم المطالب.

ويصاحب اضطراب الشخصية سالبة العدوان أعراض من الاعتمادية ونقص الثقة بالنفس والتشاؤم وخاصة فيما يتعلق بالمستقبل، ولا يعترف المضطربون بأن سلوكهم هو سبب مشاكلهم.

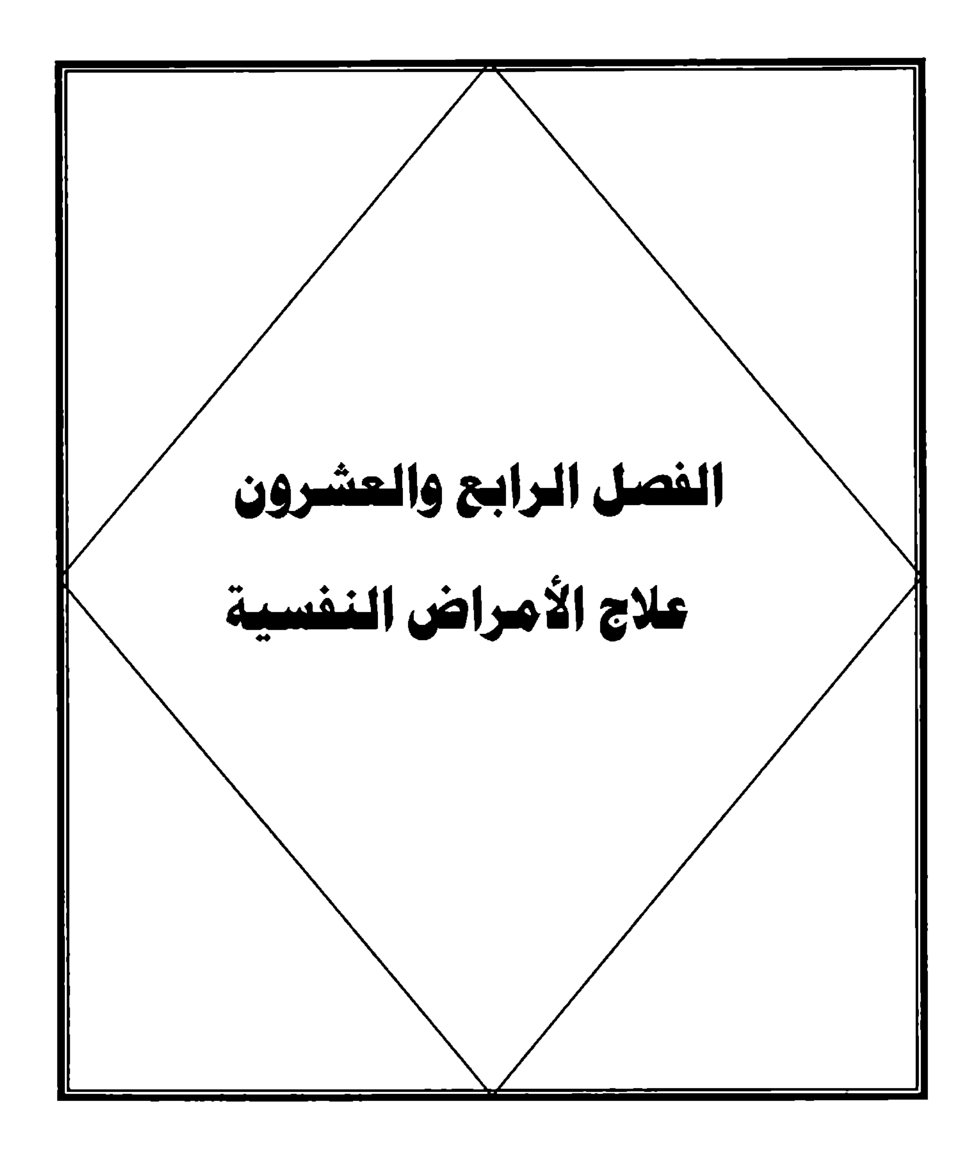
العلاج:

يفيد العلاج النفسي التدعيمي في علاج هذه الحالات، مع الأخذ بنظر الاعتبار عدوان المريض السلبي، بالإضافة إلى إعطاء الأدوية المضادة لاكتئاب إذا استلزم ذلك.

١١- اضطراب الشخصية غير المصنف في مكان آخر

(Personality Disorder Not Otherwise Specified)

ويصف الشخصية التي لا يمكن تصنيفها كاضطراب محدد، مثل وجود ملامح أكثر من نوع محدد من اضطراب الشخصية.



الفصل الرابع والعشرون

علاج الأمراض النفسية

علاج الأمراض النفسية

يهدف العلاج في الطب النفسي كما هو الحال في باقي فروع الطب إلى تحقيق الشفاء التام من الأمراض، وحين يتعذر ذلك يصبح الهدف تخفيف الأعراض المرضية وتقليـل معاناة المريض وتقديم الإسناد النفسي لـه، ومساعدته على التكيف الاجتماعي عندما يكون هناك قصور في العلاقة الاجتماعية.

وسـوف نعـرض هنا أنواع العلاج المستعمل في الطب النفسي بشكل عام، حيث يشمل الأنواع الرئيسية الآتية:

١- العلاج الكيميائي (بالأدوية).

٢- العلاج بالصدمات الكهربائية.

٣- العلاج الجراحي.

٤- العلاج النفسي.

وتتم هذه الأنواع من العلاجات تحت إشراف الفريق العلاجي الذي يتكون من:

- الطبيب النفسي: وهو الذي يقوم بتشخيص المريض وفحصه ووصف الدواء المناسب له وجلسات الكهرباء.
- الأخصائي النفسي: وهو الذي تلقى تدريباً خاصاً في إجراء الاختبارات النفسية، ويشارك في فهم صراعات المريض النفسية وعلاجه نفسياً.
- الأخصائي الاجتماعي: وهو الذي يقوم بمساعدة المريض اجتماعياً، حيث ينحصر دوره في فهم الظروف الاجتماعية للمريض والقيام بالعلاج الاجتماعي والبيئي.
- الممرضة النفسية: وهي التي تلقت تدريباً خاصاً لفهم كيفية معاملة المرضى النفسيين؛ لأنها تكون أكثر قرباً من المريض، وهي التي تنفذ تعليمات الطبيب

النفسي من إعطاء العلاج للمريض ومراقبة وظائفه الحيوية ومتابعة نفسيته وسلوكياته التي يتم من خلالها متابعة العلاج أو تعديله من قبل الطبيب المعالج.

١- العلاج الكيميائي (بالأدوية)

وتقسم إلى المجموعات الآتية:

أ - الأدوية المضادة للذهان (Antipsychotics) (Neuroleptics).

ب-الأدوية المضادة للاكتئاب (Antidepressants).

ج-الأدوية المضادة للقلق (Antianxiety Drugs).

د -أملاح الليثيوم.

هـ-دواء الكاربامازبين (Carbamazepine).

أ-الأدوية المضادة للذهان
(Antipsychotics) (Neuroleptics)

أول ما ظهر من هذه المجموعة هو الرزربين والكلوربرومازين، وذلك في داية الخمسينيات، حيث استخدم الرزربين في علاج ارتفاع ضغط الدم واستخدم الكلوربرومازين كمضاد للهستامين (مضاد للحساسية)، ثم تبعها مجموعة من مشتقات الفينوثيازين التي تشبه الكلوربرومازين من حيث المفعول والتركيب، ولكن أعراضها الجانبية أقل، وتبع ذلك اكتشاف مجموعات أخرى، مثل مجموعة البيوتيرفينون.

وتعمل مضادات الذهان عن طريق قفل مستقبلات الدوبامين التالية للمشبك التي يطلق عليها (D2)، حيث تقل الأعراض الذهانية تبعاً لذلك، وتتميز هذه المجموعة باتساع مدى جرعتها العلاجية مما يمكن من إعطاء جرعات علاجية كبيرة.

وتشمل مجموعة الأدوية المضادة للذهان المجموعات الفرعية الآتية:

١- مجموعة الفينوثيازين (Phenothiazines).

٢- مجموعة الثيوزانيثين(Thioxanthines).

٣- مجموعة البيوتيروفينون(Buterophenones).

٤- مجموعة أخرى من الأدوية المضادة للذهان.

١-مجموعة الفينوثيازين (Phenothiazines):

وهي أول ما عرف من الأدوية المضادة للذهان، وكان الكلوربرومازين أولها، حيث استعمل كمضاد للهستامين، وهذه المجموعة تشمل مجموعات فرعية أصغر، هي:

-مجموعة الداي ميثيل أمين (Dimethylamine)، ومنها (الكلوربرومازين) الذي يعرف تجارياً باسم (اللارجاكتيل) (Largactil) أو (البروماسيد) ، ويجب الانتباه إلى تأثيره الجانبي، حيث يخفض ضغط الدم لدرجة كبيرة.

-مجموعة البيبريدين (Piperidine)، ومنها الثيوريدازين (Thioridazine) الذي يسمى تجارياً باسم (الميلريل)(Melleril).

-مجموعة البيبرازين (Piperazine) ، ومنها (التراي فلوبرازين) (Trifluperazine) الذي يعرف تجارياً باسم (سترزين)(Stelazine).

ومنها أيضاً (البرفينازين) (Perphenazine) الذي يعرف تجارياً باسم (تراي لافون) (Trilafon)، وتتراوح جرعته العلاجية (من ١٦ملغم ٦٤ملغم)، ومنها الفلوفينازين (Fluphenazine) الذي يعرف تجارياً باسم (المودتين) (Moditen).

٢- مجموعة الثيوزانيثين (Thioxanthines):

ومنها الكلوروبروثيكسين (Chloprothixene) الذي يسمى تجارياً باسم (تاركتان)(Taractan)، و(الفلوبنثكسول)(Flupenthixol) الذي يسمى تجارياً

باسم (فلوانكسول) (Fluanxol).

٣- مجموعة البيوتيروفينون (Buterophenones):

ومـــنها (الهالوبـــيريدول) (Haloperidol) الـــذي يســـمى تجارياً باسم (السريناس) (Serenace) أو(الصفيناس) (Safinace).

٤- مجموعة أخرى من الأدوية المضادة للذهان:

ومنها (السلبيريد) (Sulpiride) الذي يسمى تجارياً باسم (دوجماتيل)، (Dogmatil)، و(البيموزيد) (Pimozide) الذي يسمى تجارياً باسم (أوراب) (Orap) و(الكلوزابين) (Clozapine) الذي يسمى تجارياً باسم (ليبونكس) (Leponex)، ولكنه يسبب نقصاً حاداً في كريات الدم البيضاء؛ لذلك يعتبر محظورَ الاستخدام في بعض دول العالم.

التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للذهان:

١- تأثيرات عقلية وسلوكية: مثل تغيم الوعي، التصلب المشابه لمرض باركنسون، الاكتئاب الكاذب.

٢-تأثيرات عصبية: عدم الاستقرار الحركي ، خلل التوتر الحاد، إضافة إلى تقليل درجة التشنجات التي تظهر من مجموعة الفينوثيازين.

٣-تأثيرات أيضية وغدية: السمنة، انقطاع الحيض (الذي يعالج بدواء البروموكريبتين) (Promocriptine) الذي يسمى تجارياً (البارلودل) (Parlodel).

٤-تأثيرات على الجهاز العصبي المستقل: جفاف الفم، اهتزاز الرؤية، صعوبة التبول، الإمساك، وانخفاض ضغط الدم.

٥-تأثيرات تفاعل الحساسية:نقص حاد في كريات الدم البيضاء،ارتفاع درجة الحرارة الخبيث، اليرقان،التهاب الشبكية الصباغي.

ب-الأدوية المضادة للاكتئاب (Antidepressants)

ظهرت هذه المجموعة في أواخر الثلاثينيات، حيث استخدم الأمفيتامين في علاج الاكتئاب، ثم توالت الدراسات على هذه المجموعة حتى ظهرت في أواخر الستينيات عدد من الأدوية المضادة للاكتئاب أطلق عليها الجيل الثاني(Second Generation of Antidcpressants) من مضادات الاكتئاب.

أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب، وتشمل:

١- مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية(M.A.O.I) (Mono Aminc Oxidase Inhibitors).

٢- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات(Tricyclic Antidcpressants).

٣- أدوية محاكية الودي (ذات مفعول شبيه بالجهاز السبمتاوي) (Sympathomimetics).

٤- الجيل الثاني من الأدوية المضادة للاكتئاب (Second-Generation Drugs).

ويمنع إعطاء المركبات الحلقية المضادة للاكتئاب لمرضى القلب الذين لديهم اضطراب توصيل في عضلات القلب، والمرضى المصابين بالصرع.

١- مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (Mono Aminc Oxidase Inhibitors) (M.A.O.I).

تعمل هذه الأدوية على تثبيط الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، وبناءً عليه تزيد الأمينات الحيوية ويقل الاكتئاب.

تتكون من مجموعتين، الأولى: (هيدرازيد)(Hydrazide)، مثل (الفلنزين) الذي يسمى تجارياً باسم (نارديل)(Nardil)، و(إيزوكربوكسازيد)(Isocarboxazide)

الذي يسمى تجارياً باسم (ماربلان) (Marplan).

والثانية (غير هيدرزايد) (Non-Hydrazides) مثل (ترانيل سيبرومين) (Tranylcepromine) الذي يسمى تجارياً باسم (بارنيت) (Parnate).

وهناك خطورة من تعاطي المواد التي تحتوي التيرامين (كالجبن المعتق والسردين) مع هذه المركبات؛ لأنها تحدث تأثيرات محاكية الودي شديدة تؤدي إلى ارتفاع في ضغط الدم، فيشعر المريض بالصداع واختلال إيقاع القلب والتعرق واحمرار الوجه وتصلب الرقبة والتقيؤ، وإذا أريد إعطاء أدوية أخرى مضادة للاكتئاب فيجب انتظار مدة أسبوعين بعد التوقف عن إعطاء هذه المجموعة.

٢- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات
(Tricyclic Antidepressants)

تعمل هذه المركبات عن طريق قفل الآلية التي تعمل على إعادة أخذ الناقلات العصبية في الدماغ، وهذا يؤدي إلى تأخير إزالة الأمينات الأحادية من مواضع المستقبلات البعد مشبكية.

ومن هذه المركبات (الايمبرامين) (Imipramine) الذي يسمى تجارياً باسم (التوفرانيل) (Tofranil)، و(الاميتريبتيلين) (Amitriptyline) الذي يسمى تجارياً باسم (تريبتيزول) (Tryptizol)، و(الكلوميبرامين) (Clomipramine) الذي يسمى تجارياً(أنافرانيل) (Anafranil)، و(النورتريبتيلن) (Nortriptyline) الذي يعرف تجارياً باسم (افنتيل) (Aventyl)، ثم أضيف إلى (النورتريبتيلين) الفلوفينازين، وأطلق عليه اسم تجاري هو (الموتيفال) (Motival).

٣-الأدوية محاكية الودي المضادة للاكتئاب:

وهي أقدم الأدوية التي استخدمت لعلاج الاكتئاب، ومنها (الأمفيتامين)

(Dextroamphetamine)، ويسمى تجارياً باسم (انوركسين)(Anorexene)، (مثيل فينيدات) (Methyl Phenidate) الذي يسمى تجارياً باسم (ريتالين) (Ritaline) .

وهذه المجموعة من الأدوية المضادة للاكتئاب ضعيفة المفعول، ولكنها تفيد في علاج بعض الحالات.

٤–الجيل الثاني من الأدوية المضادة للاكتئاب (Second-Generation Drugs):

وتشمل المجموعات الفرعية الآتية:

- مركبات ثلاثية الحلقات غير العادية(Unusual Tricyclics): مثل (اموكسابين) (Amoxapinc)، وتتميز بأن سميتها لعضلة القلب تكون أقل.

- المركبات رباعية الحلقات: وتكون أعراضها الجانبية أقل من المركبات ثلاثية الحلقات وأقل في مفعولها المهدئ، كما أن تأثيرها على عضلة القلب أقل، ومنها (المابروتيلن) (Maprotyline) الذي يسمى تجارياً باسم (لوديوميل) (Ludiomil).

- البنزودايازيبين (Benzodiazepines): وتتميز بمفعولها المضاد للاكتئاب المصاحب بقلق، إلا أن استخدام هذه الأدوية يجب أن يخضع لنظام خاص.

التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب:

١– مفعولها المهدئ الذي يظهر في صورة الإحساس بالإجهاد والنعاس ونقص اليقظة الذي يصل إلى درجة التغيم.

٢– الرعشة وزيادة نبضات القلب وجفاف الفم والإمساك واحتباس البول واهتزاز الرؤية.

٣- تأثيرات أيضية مثل زيادة الوزن.

٤- حساسية تظهر في صورة طفح جلدي ويرقان.

٥- تشوه الأجنة في حالات الحمل.

ج-الأدوية المضادة للقلق

(Antianxiety Drugs)

استخدم البروميتدات كأدوية مضادة للقلق، ولكن اتضح أنها تتراكم وتسبب تسمم في الثلاثينيات، فاستخدمت بدلها الباربتيورات (Barbituratcs)، ولوحظ أن هذه الأخرى تسبب تعوداً فسيولوجياً، وفي أوائل الخمسينيات ظهرت مجموعة المبروباميت (Meprobamate)، وسميت المطمئنات (Tranquilizer) والتي تعرف تجارياً باسم (كويتان) (Quitan) و(مبرو) (Mebro)، كما ظهر في أواخر الخمسينيات الكلورديازيبوكسايد (Chlirdiazepoxide) ذو التأثير المهدئ والمنوم، وكان هو بداية البنزودايازيبين (Benzodiazepines) الذي لا يزال يستعمل حتى يومنا هذا.

أنواع الأدوية المضادة للقلق، وتشمل:

١- مجموعة مهدئة منومة (Sedative-Hypnotic): لهذه المجموعة تأثير مهدئ يؤدي إلى النوم وارتخاء العضلات ومضاد للتشنجات، ويقل مفعول الجرعة العلاجية بمرور الوقت مما ينتج عنه الإدمان، وتشمل هذه المجموعة:

- الباربتيورات مثل الفينوباربيتال.
- مشتقات الكلسرول (Glycerol drivative) مثل المبروباميت.
- البنزودايازيبين، وهي أهم وأكثر الأدوية المضادة للقلق استخداماً، ومنها الكلورديازيبوكسايد (ليبريوم) و الديازيبام (فاليوم).

٢- مجموعة مهدئة مؤثرة على الجهاز العصبي المستقل (Sedative autonomic):

تــزيد هذه المجموعة من توتر العضلات، وتقلل من درجة التشنجات، ولكنها لا تسـبب الإدمان، ولا يقل مفعول الجرعة العلاجية بطول فترة التعاطي، وتؤثر على الجهاز العصبي المستقل، وتشمل هذه المجموعة:

- الأدوية المضادة للهستامين (Antihistamines)، مثل (الدايفين هايدرامين) (Diphenhydramine) الذي يسمى تجارياً باسم (بنادريل) (Benadryl).

- الأدوية المضادة للذهان (Antipsychotics)، مثل (الترايفلوبرازين) الذي يسمى تجارياً باسم (ستلازين) (Stelazine).

- الأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات، مثل (الأميتريبتيلين) (Amitriptyline) الذي يسمى تجارياً باسم (التربتيزول) (Treptizol).

وهناك أدوية أخرى تستخدم في علاج القلق، منها مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية، مثل (البروبرانولول) (Propranolol) الذي يوصف لعلاج الأعراض الطرفية للقلق المتمثلة بالشعور بنبضات القلب والرعشة وتعرق اليدين.

وتعتـبر البنزودايازيبيـن أكـثر الأدويــة المضــادة للقلــق استخداماً، ومنها (الــترايازولام) (Triazolam) الذي يسمى تجارياً باسم هاليشن (Halcion)، وهو ذو مفعــول قصير جداً و(البرازولام) (Alprazolam) الذي يسمى تجارياً باسم اكسنكس (Xanax) و(لورازيــبام) (Lorazepam) الذي يسمى تجارياً باسم أتيفان (Ativan) ومفعولهمــا قصــير، والكلورديازيبوكسايد (Chlodiazepoxide) الذي يسمى تجارياً باسم (ليبريوم) (Librium).

والديازيــبام (Diazepam) الــذي يســمى تجارياً باسم (فاليوم) (Valium) ومفعولهمــا متوســط، وهناك أدوية ذات مفعول طويل، منها (نيترازيبام) الذي يسمى تجارياً باسم (موغادون) و(الكلورازيبام) الذي يسمى تجارياً باسم (ريفوتريل).

التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للقلق:

١-مفعولها المهدئ القوي.

٢-نقص التركيز مما يجعل بعض الأنشطة خطرة، مثل قيادة السيارات.

٣-التعود والإدمان خاصة الأدوية قصيرة المفعول.

د-أملاح الليثيوم

يعمل الليثيوم على إعادة التوازن المفقود بين أمينات الكاتيكول والاستيلكولين، وكذلك يؤثر على جدار الخلية من خلال التشابه بين أيون الكالسيوم والمغنيسيوم، حيث يستبدل بأي منهما، فيزيد من نفاذية الجدار الخلوي، ويمنع استعماله في الحالات الآتية:

- اضطراب وظيفة الكلى (العجز الكلوي).
- في حالات الحمل؛ حيث يسبب تشوهات خلقية للجنين.
- مرض القلب الذي يستلزم إعطاء المدررات بكثرة.

تأثيرات الليثيوم الجانبية:

قد تظهر التأثيرات الجانبية الآتية لدى بعض المرضى، وهي:

١- جفاف الفم لدى بعض المرضى.

٢- الرعشة لليدين لدى بعض المرضى.

٣- الإسهال أو السمنة.

٤- تقليل وظيفة الغدة الدرقية.

٥- في حالات تعاطي الليثيوم لفترات طويلة لأنه يؤثر على وظيفة الكلى.

يتوزع الليثيوم في سوائل الجسم، ويتم إفرازه عن طريق الكلى كما يفرز أيضاً في لبن الأم المرضعة.

هـ- دواء الكاربامازبين

(Carbamazepine)

يعرف هذا الدواء تجارياً باسم (التكريتول) (Tegretol)، ويستخدم في علاج الصرع، كما يستعمل أيضاً في الطب النفسي لمرضى الاضطراب ثنائي القطبية كبديل عن الليثيوم، وفي اضطراب الشخصية الحدية والاكتئاب غير النمطي المتميز بمشاعر اختلال الآنية والاضطرابات الإدراكية.

التأثيرات الجانبية للكاربامازبين:

١- الغثيان والتقيؤ والدوار والترنح واهتزاز الرؤية، ويمكن تحاشي هذه التأثيرات من خلال إعطاء الجرعة في تزايد تدريجي.

٢- الإصابة بفقر الدم (Aplastic Anemia) أو نقص في كريات الدم البيضاء؛ لذلك يتوجب عمل فحوصات للدم كل ثلاثة أشهر بالإضافة إلى وظائف الكبد.

٢- العلاج بالصدمات الكهربائية (الصدمات المحدثة للتشنجات)

(Elector-Convulsive Therapy) (E.C.T)

يتم من خلال تمرير شحنات كهربائية إلى الجسم عن طريق جهاز الصدمات الكهربائي، حيث يحول فرق الجهد إلى ٣٠ ١٧٠ فولت لمدة ثانية واحدة إلى خمس ثوان، وعند مرور هذه الشحنات الكهربائية بالدماغ تحدث تشنجات؛ لذلك سمي بالعلاج الكهربائي المحدث للتشنجات.

ويعتمد عدد الجلسات حسب تشخيص الطبيب المعالج وحالة المريض، ويجب أن لا يحدد الجلسات في أول العلاج ويقوّم المريض بعد كل جلسة، وقد تكون الاستجابة بعد ثلاث جلسات كافية، وتعطى هذه الجلسات ٢-٣ مرات أسبوعياً.

إن العلاج بالصدمات الكهربائية يحدث تغييراً بعد عدد من الجلسات في موجات الدماغ الكهربائية، حيث تصبح بطيئة وذات فرق جهد عالي، ومنتشرة ومتماثلة في الجانبين مما يعني أنها ناشئة من التراكيب العميقة في الدماغ، وغالباً الدماغ البيني (الذي يشمل المهاد وتحت المهاد)، وهذا يؤثر على الحالة الوجدانية بالإضافة إلى أن التأثير على منطقة تحت المهاد (المهيد) ينبه الغدة النخامية فتفرز هرموناتها.

يحضر المريض للعلاج بالصدمات الكهربائية بأن يكون خالي المعدة والمثانة، وتزال التركيبات الصناعية كالأسنان، ويعطى مضاد للنشاط الكوليني (كالاتروبين) قبل بدء الجلسة بنصف ساعة لتقليل الإفرازات وزيادة نبضات القلب (لحدوث بطء في النبض أثناء الجلسة)، ثم يعطى المريض تخديراً بسيطاً ومرخي العضلات، بالإضافة إلى توفير الأوكسجين، ويجب أن يكون طول فترة إعطاء الشحنة من ٣٠-٦٠ ثانية، وعلامة حدوثها بسط الأغمص، ويراعى وضع الأقطاب على نصف كرة المخ غير السائدة لتجنب النسيان الذي يعقب الجلسة كما توضع قطع من المطاط بين الأسنان لتحاشي عض اللسان.

٣- العلاج الجراحي

هو تداخل جراحي يتم فيه قطع الألياف التي تربط جزءاً من الدماغ بجزء آخر، أو إزالة أو تنبيه جزء من نسيج الدماغ بهدف تعديل أو تغيير السلوك المضطرب أو محتوى التفكير، ولهذه الطريقة مضاعفات لذلك يتجنب إجراؤها قدر الإمكان.

٤- العلاج النفسي والاجتماعي

أولاً: العلاج النفسي:

وهو العلاج الذي يستخدم فيه أي من الفنيات النفسية في علاج الاضطرابات النفسية والعقلية.

إن للكلمة دوراً مؤثراً لا يقل عن تأثير الدواء، فقد يسمع الشخص كلمة تسبب له انفعالاً مباشراً يظهر في صورة زيادة نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم وسرعة التنفس ورعشة اليدين، وقد يسمع كلمة بعد تلك الكلمة يكون وقعها مهدئاً، فتهدأ ضربات قلبه ويرتاح تنفسه، والتفسير البيولوجي لذلك أن الكلمة أثارت شحنة انفعالية في الجهاز السمبثاوي فزاد نشاطه عن طريق إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين، وباختفاء الانفعال تحتفي هذه الشحنة وتعود مادتا الأدرينالين والنورادرينالين إلى معدليهما الطبيعي، فعندما يصف المريض معاناته ويخرج بها انفعالاته يسمى ذلك عملية التفريغ الانفعالي أو التنفيس الانفعالي.

يهدف العلاج النفسي إلى تخفيف الأعراض وتحقيق الشفاء قدر الإمكان، فكل نوع من هذا العلاج لـــه هدف يسعى إليه حسب المدرسة النفسية التي يتبعها المعالج، فالمعالج التحليلي يهدف إلى فهم ديناميات المرض ومعرفة أسبابه،بينما المعالج السلوكي يهدف إلى تعديل السلوك المرضي إلى سلوك سوي، ويشمل ما يلي:

١- العلاج النفسي التحليلي:

أ- العلاج النفسي التدعيمي (السطحي): يهدف فيه المعالج إلى تدعيم الوسائل الدفاعية لدى المريض، ويلجأ إلى هذا النوع من العلاج عندما تكون الذات ضعيفة لدرجة قد تجعل مهاجمة الوسائل الدفاعية تؤدي إلى انهيار الذات، حيث تكون الذات بحاجة إلى المساندة والدعم، ويتم ذلك بعد أن يبني الطبيب (المعالج) علاقة مع المريض، ثم يترك المريض لكي يصل بنفسه إلى ما يريده هو، ويكون دور المعالج التوجيه فقط، وأكثر العناصر أولوية وأهمية للعلاج هو التنفيس (وهو تعبير المريض عن نفسه وإخراج انفعالاته ويخصص المعالج له ما يقارب ٧٠% من الوقت، ثم يليه الاستكشاف (حيث يستدعي المريض الصدمة ويكتشف الروابط بينما يقوم الطبيب بالاستفسار)، ويخصص لها المعالج ما يقارب ٢٠% من الوقت، ثم التوجيه فيقوم المعالج بطمأنة

المريض ويفسر له الأعراض، والمريض يستمع ويستفسر، وهذه يخصص لها ١٠% من الوقت.

إن نتيجة هذا النوع من العلاج تتوقف على شخصية المريض، وكلما كانت شخصيته أقل نضوجاً كلما كانت استجابته للعلاج بطيئة، كما تتوقف أيضاً على نوع المرض النفسي فالمريض النفسي الذهاني ومريض الوسواس القهري مثلاً تقل استجابته وتكون النتائج غير مرضية بهذا النوع من العلاج.

ب- العلاج النفسي التحليلي: يصل هذا العلاج إلى عمق يتمكن فيه المعالج معه من فهم أجزاء شخصية المريض (الأنا والأنا الأعلى والغرائز والحيل الدفاعية التي يسلكها الأنا في مواقفه)، وخاصة مقدار كبت الغرائز وإطلاق هذا الكبت للتعبير عن اللاشعور، ويتم ذلك من خلال التداعي الحر وتفسير الأحلام والتصرفات في المواقف وزلات اللسان.

ويقوم المريض بطرح مشاعر وأفكار كانت تجاه شخصيات سابقة في حياته للمعالج، وحل هذا الطرح هو جزء من العلاج النفسي، ويتم هذا النوع من العلاج في إطار فردي وفي جلسات تسمى جلسات العلاج النفسي، ويطبق هذا النوع من العلاج النفسي مع المرضى الذين لا يقل ذكاؤهم عن المتوسط.

ج- التحليل النفسي: وهو الوصول إلى عمق الشخصية من خلال تداعٍ حرٍ تام وتفسير الأحلام وتفسير الطرح العصابي وتحويل اللاشعور إلى شعور وحل الحيل الدفاعية وإعادة بناء أجزاء الشخصية من خلال التفسير مع إعادة التعلم، ويحتاج هذا النوع من العلاج عدداً أكثر من الجلسات الأسبوعية لا تقل عن ثلاث وقد تصل إلى خمس جلسات أسبوعياً وتتراوح مدة هذا العلاج من عام إلى ستة أعوام.

٢- العلاج النفسي السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على نظرية أن السلوك الخاطئ يعود إلى تعلم وتكيف خاطئين، ويهدف هذا العلاج إلى إزالة السلوك الخاطئ وإعادة التعلم والتكيف، ومن أهم

الفنيات المتبعة في هذا العلاج هي:

أ- سلب الحساسية التدريجي: وذلك من خلال التعرض التدريجي والمتكرر المثير القلق (الخوف) حتى يتمكن الشخص من الاسترخاء مع وجود المثير، حيث يهيأ المريض نفسياً للتعرض التدريجي للمثير بذكر الاسم ثم التقريب التدريجي مع الاسترخاء، إلى أن يصير في متناول اليد دون خوف.

ب- إزالة التشريط: يستخدم لعلاج إدمان الكحول، حيث يعطى المدمن حقنة (أبومورفين) وبعدها الكحول، فتظهر عليه أعراض مزعجة كالغثيان والتقيؤ وغيرها مما يؤدي إلى النفور من الكحول، وتستخدم أيضاً في الحالات الجنسية المثلية.

ج- التعليم الشرطي الإيجابي: وتستخدم في حالات التبول اللاإرادي، حيث يوضع جهاز الجرس بترتيب يجعله يرن عندما تتبلل الملاءة، فيستيقظ الطفل، وبتكرار ذلك يتعلم أن يستجيب لامتلاء المثانة بالاستيقاظ بدلاً من التبول.

د- الإعادة الحيوية: ويستخدم لذلك جهاز متعدد الأنواع، منه الإعادة الحيوية لرسم العضلات (EMG)، وفيه يتم تدريب المريض على الاسترخاء وإزالة التوتر العضلي، أو تخطيط الدماغ (EEG).

٣- العلاج النفسي الجماعي:

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على علاج المريض داخل جماعة يتراوح عدد أفرادها من ٣-١٥ مريضاً، يساعد أفرادها في إحداث تغيير في شخصية كل منهم عن طريق فهم ديناميات التفاعل أو تدعيم الأفراد في المجموعة، ويتشابه أفراد المجموعة من حيث الاضطراب النفسي.

٤- العلاج البيئي والاجتماعي:

يوجه هذا النوع من العلاج أساساً من البيئة التي يعيش فيها المريض وما يتعلق بعمله وطريقة معيشته ومساعدته على تحسين علاقاته الاجتماعية.

المصادر و المراجع

*المصادر الأجنبية:

1. AL.Habib Ayad, Psychology, 3rd Edition.
2. Birchwood, M.J.Hallett, s.e, and Preston, M.C. Schizophrenia, Longman, London 1988.
3. Breslaw, L.D., Depression and Aging, Springer Publishing, co., New York, 1988.
4. Duke, M.P., and Nowicki, s, Abnormal Psychology, New York, 1986.
5. Gary A. Thibodeau -Kevin T. Patton, Anatomy & Physiology, Second Edition, U.S.A. 1993.
6. Edition, Longman, Edinburgh. 1973. London 1991.

*المصادر العربية :

١- أمراض العصر،الأمراض النفسية والعقلية والسايكوسوماتية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٤.

٢- موسوعة الطب النفسي، عبد المنعم الحنفي، القاهرة، ١٩٩٢.

٣- دراسات في علم الأمراض النفسية، د. محمد جعفر الحبيب، جامعة بغداد، بغداد ١٩٩٣.

٤- النفس والوظائف النفسية، د.عزيز ناصر حسين، جامعة الكوفة، العراق، ١٩٩٠.

٥- الاضطرابات النفسية العقلية وعلاجها، د.زينب منصور الحسناوي، بغداد، ١٩٩٢.

٦- الأمراض النفسية والعقلية، د.عبد الرحمن العيسوي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٤.

٧- الأمراض النفسية الجسدية، منتهى الموسوي، دار الوفاق، بغداد، ١٩٩٦.

٨- النفس أسرارها وأمراضها، د.محمد حمودة، مصر الجديدة، ١٩٩٠.

٩- العلاج النفسي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ١٩٨٤.

١٠- مبادئ علم التشريح، د.عبد الرحمن محمود الرحيم، وزارة الصحة، بغداد، ١٩٨٨.

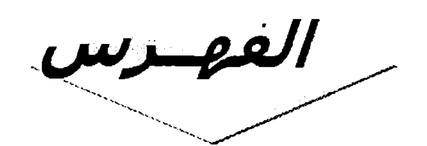
١١- أمراض النفس والعلاج النفسي، فاطمة الحسناوي، جامعة بغداد، ١٩٨٩.

١٢- الأعصبة النفسية والذهانات العقلية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ١٩٨٩.

١٣- الأمراض السايكوسوماتية، سهير الشامي، دار المصلح، القاهرة، ١٩٨٩.

١٤- المرجع في علم النفس والأمراض النفسية، د.زينب منصور حبيب، دار الزهراء، بغداد، ١٩٩٧.

١٥- الصحة النفسية مفهوم جديد وآمال جديدة، منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠١ .



الفهرس